saúde
EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 40, NÚMERO 109
RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2016
ISSN 0103-1104

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2015–2017)
NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2015–2017)

Presidente:	Cornelis Johannes van Stralen
Vice-Presidente:	Carmen Fontes de Souza Teixeira
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretora de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Ana Maria Costa
	Isabela Soares Santos
	Liz Duque Magno
	Lucia Regina Fiorentino Souto
	Thiago Henrique dos Santos Silva
Diretores Ad-hoc:	Ary Carvalho de Miranda
	José Carvalho de Noronha

CONSELHO FISCAL | *FISCAL COUNCIL*

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
David Soeiro Barbosa
Luisa Regina Pessôa
Maria Gabriela Monteiro
Nilton Pereira Júnior

CONSELHO CONSULTIVO | *ADVISORY COUNCIL*

Cristiane Lopes Simão Lemos
Grazielle Custódio David
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Jairnilson Silva Paim
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Ligia Giovanella
Nelson Rodrigues dos Santos
Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Roberto Passos Nogueira
Sarah Maria Escorel de Moraes
Sonia Maria Fleury Teixeira

SECRETARIA EXECUTIVA | *EXECUTIVE SECRETARY*

Cristina Santos

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

A revista Saúde em Debate é
associada à Associação Brasileira
de Editores Científicos

Apoio

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação
do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORA CIENTÍFICA | *SCIENTIFIC EDITOR*

Maria Lucia Frizon Rizzoto - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil

EDITORES ASSOCIADOS | *ASSOCIATE EDITORS*

Amélia Cohn – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Ana Maria Costa – Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil
Greice Maria de Souza Menezes – Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil
Heleno Rodrigues Corrêa Filho – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil
Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

CONSELHO EDITORIAL | *PUBLISHING COUNCIL*

Alicia Stolkiner – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez – Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte – Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Catalina Eibenschutz – Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México
Cornelis Johannes van Stralen – Unversidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Diana Mauri – Università degli Studi di Milano, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropologia Social, Mexico (DF), México
Elias Kondilis - Queen Mary University of London, Londres, Inglaterra
Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
Jean Pierre Unger - Institut de Médicine Tropicale, Antuérpia, Bélgica
José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | *EXECUTIVE EDITOR*

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL | *EDITORIAL SECRETARY*

Lucas Rocha
Luiza Nunes

INDEXAÇÃO | *INDEXATION*

Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe – HISA
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal – LATINDEX
Scientific Electronic Library - SciELO
Sumários de Revistas Brasileiras – SUMÁRIOS

saúde
EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 40, NÚMERO 109
RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2016

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
ISSN 0103-1104

saúde
EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 40, NÚMERO 109
RIO DE JANEIRO, ABR-JUN 2016

4 **EDITORIAL** | *EDITORIAL*

ARTIGO ORIGINAL |
ORIGINAL ARTICLE

8 **Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado**
Micro-regulatory processes in a Primary Health Care Service and the production of health care
Lissandra Andion de Oliveira, Luiz Carlos de Oliveira Cecilio, Rosemarie Andreazza, Eliane Cardoso de Araújo

22 **Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites**
Network transversality: matrix support in the decentralization of counseling and rapid testing for HIV, syphilis, and hepatitis
Kátia Bones Rocha, Rejane Rosaria Grecco dos Santos, Jaqueline Conz, Ana Carolina Tittoni da Silveira

34 **Economia moral e modelos de atenção no cuidado com gestantes que usam *crack***
Moral economy and care models in the care of pregnant women who use crack
Fernanda dos Santos de Macedo, Paula Sandrine Machado

47 **Análise sobre condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM)**
Analysis on work conditions of Family Health Team in a context of vulnerabilities, Manaus (AM)
Arlete Lima Simões, Carlos Machado de Freitas

59 **Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal**
Perceptions and attitudes on interprofessional relations in dental care during prenatal care
Juliana Pereira da Silva Faquim, Paulo Frazão

70 **Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial**
Burden and participation of family in the care of Psychosocial Care Centers users
Thaíssa Lima dos Reis, Catarina Magalhães Dahl, Silvia Monnerat Barbosa, Melissa Ribeiro Teixeira, Pedro Gabriel Godinho Delgado

86 **Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará**
Care practices in mental health in the voice of users from a Psychosocial Care Center of the state of Pará
Márcia Roberta de Oliveira Cardoso, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Pedro Paulo Freire Piani

100 **Violência psicológica em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do Ceará, Brasil**
Psychological violence in lesbians, gays, bisexuals, transvestites and transsexuals in Ceará, Brazil
Grayce Alencar Albuquerque, Jeanderson Soares Parente, Jameson Moreira Belém, Cintia de Lima Garcia

112 **Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas**
Survey on the health conditions of incarcerated women
Celene Aparecida Ferrari Audi, Silvia Maria Santiago, Maria da Graça Garcia Andrade, Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco

125 **Enfermedades crónicas y factores de riesgo en adultos mayores de Argentina: años 2001 – 2009**
Chronic diseases and risk factors in older adults from Argentina: years 2001 to 2009
Andrés Conrado Peranovich

136 **A Vigilância Sanitária no controle de riscos potenciais em serviços de hemoterapia no Brasil**
Health Surveillance in the control of potential risks in hemotherapy services in Brazil
João Batista Silva Júnior, Daphne Rattner

154 **Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 – 2013**
Expansion and diversification of university level workforce in Primary Health Care Units Brazil: 2008 – 2013
Marselle Nobre de Carvalho, Ester Massae Okamoto Dalla Costa, Marcia Hiromi Sakai, Célia Regina Rodrigues Gil, Silvana Nair Leite

163 **Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná**
Evaluation of the implementation of the Rede Mãe Paranaense in three Health Regions of Paraná
Bruna Regina Bratti Frank, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, Cláudia Silveira Viera, Ana Tereza Bittencourt Guimarães, Sebastião Caldeira

ENSAIO | *ESSAY*

175 **A Cooperação Sul-Sul em saúde, segundo organismos internacionais, sob a perspectiva da bioética crítica**
South-South cooperation in health, by international organizations, under the perspective of critical bioethics
Samira Santana de Almeida, Cláudio Fortes Garcia Lorenzo

187 **Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde**
Impact of recent decisions and discussions on the Brazilian Public Health System financing
Fabiola Sulpino Vieira

200 **Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde**
Violation of rights of children and adolescents in Brazil: interfaces with health policy
Rosangela Barbiani

RELATO DE EXPERIÊNCIA | *CASE STUDY*

212 **Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência**
Implementation of e-SUS AB in Sanitary District IV of João Pessoa (PB): experience report
Ana Eloísa Cruz de Oliveira, Isis Milane Batista de Lima, João Agnaldo do Nascimento, Hemílio Fernandes Campos Coelho, Sérgio Ribeiro dos Santos

Nenhum passo atrás na conquista do direito à saúde

O BRASIL TEM VIVIDO NOS ÚLTIMOS MESES UMA CRISE ECONÔMICA e, sobretudo, política, com repercussões nos diferentes setores da sociedade, acirrando as contradições e os conflitos de classes, com esgarçamento do tecido social.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que desde suas origens defende a saúde como democracia, volta a empunhar a mesma bandeira diante das ameaças à jovem democracia brasileira. Ameaças expressas em um processo de golpe disfarçado de *impeachment*, questionável do ponto de vista jurídico e não reconhecido pela maioria da sociedade.

O processo de *impeachment*/golpe em curso mostra que Florestan Fernandes (1980) tinha razão. Em sociedades de classes antagônicas, a democracia não se desvincula dos interesses de classes, assumindo sentidos e significados distintos. Entender isso é fundamental para se ter claro de que democracia se está falando, pois o lugar de onde se fala explicita a democracia que se defende e pela qual se luta.

O Cebes, por meio de sua diretoria e das dezenas de núcleos existentes no País, soma-se às outras entidades do Movimento da Reforma Sanitária (MRS) e às forças progressistas, denunciando e resistindo ao enorme retrocesso no campo dos direitos dos trabalhadores, representado pelo programa do governo interino que não teve respaldo nas urnas e que, por conseguinte, é ilegítimo e antidemocrático.

No campo da saúde, as propostas do governo interino/golpista, que age como definitivo, afetam profundamente o Sistema Único de Saúde (SUS), colocando em risco a sua sobrevivência enquanto sistema universal, garantido constitucionalmente e que representa um importante marco civilizatório em nossa trajetória histórica.

O programa em curso, Uma Ponte para o Futuro, pretende fazer um Brasil para menos de 1% da população e transformar o SUS em um sistema residual para os muito pobres uma vez que, segundo os operadores do ajuste, o SUS e a Constituição Cidadã de 1988 não cabem no orçamento público brasileiro, portanto, para eles, o direito universal à saúde precisa ser limitado. É um claro retorno às políticas neoliberais da década de 1990, que lá como agora o objetivo é o desmonte do SUS público para beneficiar o setor privado que trata a saúde como uma mercadoria altamente lucrativa.

Do ponto de vista do financiamento público, querem transformar o mínimo constitucional em máximo, ou seja, limitar os gastos com saúde corrigindo-os apenas com base na inflação anual. Desconsideram o aumento da população, as mudanças no perfil epidemiológico e demográfico, como o envelhecimento da população, o surgimento de novas doenças ou mesmo a possibilidade de ocorrência de epidemias.

Programas que ampliam o acesso, como o Mais Médicos, o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (Samu) e mesmo a Estratégia Saúde da Família (ESF), serão revistos. Em relação ao primeiro, a restrição à participação de médicos estrangeiros é a primeira medida anunciada. Em relação ao último, a flexibilização da forma de contratação dos agentes comunitários de saúde e a não exigência de sua participação na composição mínima das equipes foram apresentadas na forma de portarias ministeriais (958/2016 e 959/2016) (BRASIL, 2016A, 2016B).

Mas os tempos são outros! Diante das medidas de desmonte anunciadas pelo governo

 DOI: 10.1590/0103-1104201610900

interino/golpista, a sociedade não se cala, obrigando-o a recuos como a suspensão das portarias citadas acima, sem mesmo terem saído do papel. A cada medida restritiva anunciada, amplos setores se levantam em uma clara demonstração de que não aceitarão sacrifícios em nome de um modelo econômico que explora o trabalhador e privilegia os que sempre se beneficiaram do trabalho e concentraram riquezas.

O SUS, apesar de ainda ser um projeto em construção, é uma política estratégica de enfrentamento das ancestrais desigualdades do País e uma das principais políticas de direitos universais. É patrimônio nosso e, como tal, incorporado subjetivamente pelos trabalhadores da saúde, usuários, conselheiros de saúde, gestores do SUS e pela própria sociedade. É ele que garante não só o acesso a serviços de atenção à saúde, mas também de vigilância sanitária, epidemiológica, produção e comercialização de medicamentos, alimentos, controle de epidemias, entre outros. Todos sabemos que precisa ser melhorado e 'mexido', mas para mais, e nunca para menos.

O Cebes e a revista 'Saúde em Debate', ao completarem 40 anos, posicionam-se na defesa intransigente do direito à saúde, do SUS, da democracia substantiva e dos interesses da classe trabalhadora deste País. Para nós, o SUS cabe, sim, no orçamento público, a escolha passa pela priorização na alocação dos recursos, se em políticas que garantam direitos sociais para todos ou as que privilegiam a minoria mais rica do País e o capital financeiro nacional e internacional.

Não aceitaremos nenhum passo atrás!

Maria Lucia Frizon Rizzotto
Editora Científica da Saúde em Debate – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 958, de 10 de maio de 2016. Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2016a. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/05/2016&jornal=1&pagina=83&totalArquivos=184>. Acesso em: 13 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 959, de 10 de maio de 2016. Define o valor do incentivo de custeio referente ao acréscimo de profissionais na equipe multiprofissional – Saúde da Família. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2016b. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/05/2016&jornal=1&pagina=84&totalArquivos=184>. Acesso em: 13 jun. 2016.

FERNANDES, F. *O Brasil em compasso de espera*. São Paulo: Hucitec, 1980.

No step back in conquest of the right to health

BRAZIL HAS EXPERIENCED IN RECENT MONTHS an economic and, above all, a political crisis, with impact on various sectors of society, intensifying the contradictions and conflicts of classes, with fraying of the social fabric.

The Brazilian Center for Health Studies (Cebes), which from its origins defends health as democracy, once again wields the same flag in the face of the threats to the young Brazilian democracy. Threats expressed in a coup disguised as an impeachment process, questionable from a legal point of view and not recognized by most of society.

The ongoing process of impeachment/coup shows that Florestan Fernandes (1980) was right. In societies of antagonistic classes, democracy is not disentailed from the classes interests, assuming different meanings and senses. Understanding this is crucial to be clear that democracy is being said, for the place from which we talk explicits which democracy is defended and for which democracy we fight.

The Cebes, through its board and dozens of existing centers in the country, joins the other entities of the Movement of Health Reform (MRS) and the progressive forces, denouncing and resisting the huge setback in workers' rights field, represented by program of the interim government that had no support in the polls and therefore is illegitimate and undemocratic.

In the health field, the proposals of the interim government/coup, who acts as definitive one, deeply affect the Unified Health System (SUS), endangering its survival as a universal system, constitutionally guaranteed and that represents an important civilizational milestone in our historical trajectory.

The program in progress, A Bridge to the Future, intends to make a Brazil for less than 1% of the population and to transform the SUS into a residual system for the very poor since, according to the adjustment operators, the SUS and the Citizen Constitution of 1988 fall outside the public budget, so for them, the universal right to health must be limited. It is a clear return to the neoliberal policies of the 1990s, which both then and now was aimed at the dismantling of the public SUS to benefit the private sector that treats health as a highly profitable merchandise.

From the point of view of Public funding, they want to transform the constitutional minimum into maximum, that is, to limit health spending correcting them only on the basis of annual inflation. It disregards the increase in population, changes in the demographic and epidemiological profile, such as the aging of the population, the emergence of new diseases or even the possibility of epidemics.

Programs that expand access, such as the More Doctors, the Emergency Attendance Medical Service (Samu) and even the Family Health Strategy (ESF), will be reviewed. Regarding the first, the restriction on the participation of foreign doctors is the first measure announced. Regarding the latter, a more flexible form of employment of community health workers and not requiring their participation in the minimum composition of the teams were presented in the form of ministerial decrees (958/2016 and 959/2016) (BRAZIL, 2016TH, 2016B).

But times have changed! Faced with the dismantling of measures announced by the interim/coup government, society is not silent, forcing him to retreats such as the suspension of the

DOI: 10.1590/0103-1104201610900

decrees mentioned above, without even having left the paper. At each restrictive measure announced, broad sectors rise in a clear demonstration that they will not accept sacrifices on behalf of an economic model that exploits the employee and favors those who always benefited from the work and concentrated wealth.

The SUS, although still a project under construction, is a strategic policy of confrontation of the ancestral inequalities in the country and one of the leading universal rights policies. It is our heritage, and as such, incorporated subjectively by health workers, users, health counselors, SUS managers and society itself. It is the SUS who provides not only access to health care services, but also health surveillance, epidemiological surveillance, production and marketing of pharmaceuticals, food, control of epidemics, among others. We all know that it needs to be improved and 'tweaked', but always for more, never less.

The Cebes and the periodic 'Saúde em Debate', in their 40th anniversary, are positioned in the uncompromising defense of the right to health, the SUS, substantive democracy, and the interests of the working class of this country. For us, the SUS does fit the public budget, and that choice involves the prioritization in the allocation of resources, whether in policies that guarantee social rights for all or that favor the richest minority in the country and the national and international financial capital.

We will take no step back!

Maria Lucia Frizon Rizzotto
Scientific Editor of Saúde em Debate – Brazilian Center for Health Studies (Cebes)

References

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 958, de 10 de maio de 2016. Altera o Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2016a. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/05/2016&jornal=1&pagina=83&totalArquivos=184>. Acesso em: 13 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 959, de 10 de maio de 2016. Define o valor do incentivo de custeio referente ao acréscimo de profissionais na equipe multiprofissional – Saúde da Família. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2016b. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=11/05/2016&jornal=1&pagina=84&totalArquivos=184>. Acesso em: 13 jun. 2016.

FERNANDES, F. *O Brasil em compasso de espera*. São Paulo: Hucitec, 1980.

Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado

Micro-regulatory processes in a Primary Health Care Service and the production of health care

Lissandra Andion de Oliveira[1], Luiz Carlos de Oliveira Cecilio[2], Rosemarie Andreazza[3], Eliane Cardoso de Araújo[4]

RESUMO O estudo busca caracterizar os processos microrregulatórios desenvolvidos por uma Unidade Básica de Saúde para garantir a integralidade do cuidado. Trata-se de um estudo de caso com abordagem etnográfica e emprego das técnicas de análise documental, observação participante e entrevistas. Os resultados apontam duas dimensões interdependentes da microrregulação do acesso: uma interna – acesso dos usuários às ofertas de cuidado da própria unidade; e outra externa – acesso aos demais serviços da rede. A unidade não atua como coordenadora efetiva do cuidado, como o estabelecido pelo Ministério da Saúde, tarefa que depende do desenvolvimento de arranjos de comunicação e da troca de informações entre os serviços.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Equidade em saúde; Acesso aos serviços de saúde; Pesquisa qualitativa.

[1] Secretaria Municipal de Saúde – São Bernardo do Campo (SP), Brasil. *lissa.andion@gmail.com*

[2] Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Escola Paulista de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva – São Paulo (SP), Brasil. *luizcecilio60@gmail.com*

[3] Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Escola Paulista de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva – São Paulo (SP), Brasil. *rbac48@gmail.com*

[4] Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Escola Paulista de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva – São Paulo (SP), Brasil. *elianeca8@uol.com.br*

ABSTRACT *This paper seeks to characterize the micro-regulatory processes developed by a Primary Health Care Service (PHCS) to ensure the integrality of the care. This is a case study with an ethnographic approach and the use of document analysis techniques, participant observation and interviews. The results point to two interrelated dimensions of micro-regulatory access: one internal – user access to health care offers of the Primary Health Care Service itself; and other external – access to others network services. The Primary Health Care Service does not act as an effective health care coordinator, as the established by the Ministry of Health, a task that depends on the development of communication arrangements and the exchange of information among services.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Health equity; Health services Accessibility; Qualitative research.*

 DOI: 10.1590/0103-1104201610901

Introdução

A Atenção Básica (AB) tem sido apontada como a principal estratégia de reorganização dos sistemas nacionais de saúde e como ordenadora, coordenadora ou gestora do cuidado, pela posição que lhe é conferida na constituição das redes de cuidado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; OMS, 2008).

A Portaria GM/MS nº 4.729, de 30 de dezembro de 2010, define a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como

> arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010A).

Tem como objetivos oferecer atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, além de melhorar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica.

Um dos atributos essenciais da AB, segundo alguns autores, seria a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades de saúde que precisam de acompanhamento constante, e se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário (ALMEIDA *ET AL.*, 2010; ESCOREL *ET AL.*, 2007; STARFIELD, 2002). Para tanto, deveria fazer a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionados à determinada intervenção, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados para o alcance de um objetivo comum. Todos esses documentos oficiais reafirmam a importância da adoção de políticas que ampliem progressivamente o papel da AB para o exercício de tal atributo.

A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011), pactuada e publicada em 2011, reafirma as bases da AB brasileira, inclusive seus princípios e atributos de contato preferencial dos usuários, principal porta de entrada e centro de comunicação das RAS. Aponta, ainda, que, para efetivar a integralidade, deve realizar a gestão do cuidado do usuário, coordenando este cuidado no conjunto das RAS, mesmo quando o usuário necessita ser cuidado em outros pontos de atenção.

Segundo Cecilio *et al.* (2012), a AB, apesar de ser um lugar onde as pessoas buscam recursos fundamentais para compor o cuidado de que precisam, produzindo valor de uso para milhões de cidadãos, por outro lado, não reúne, ainda, condições materiais e simbólicas para garantir o acesso e a articulação com os demais pontos de conexão do sistema.

Em artigo recente, Magalhães Júnior e Pinto (2014) apontam que a AB tem papel importante na coordenação do cuidado, porém este não pode ser um atributo exclusivo dela. A articulação burocrática entre os serviços, uma regulação governamental atuando de forma impessoal frente às necessidades singulares dos pacientes e a falta de comunicação e integração entre os pontos de atenção da rede assistencial são fatores que repercutem negativamente no acesso aos serviços necessários para a efetivação do cuidado.

A regulação do acesso à assistência, ou regulação assistencial, tem como papel primordial promover a equidade do acesso aos serviços de saúde, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional (BRASIL, 2008).

A regulação governamental é instituída conceitualmente com base nos princípios de direito e cidadania, com especial ênfase nas dimensões de universalidade (acesso universal para todos os cidadãos) e equidade (adequação de cuidados particulares a específicas necessidades diferenciadas). No entanto, a realidade aponta a regulação como um processo permanentemente instituinte, disposto em um campo de conflitos e disputas, a partir dos diferentes objetivos, interesses e visões dos atores em cena, sejam eles gestores, profissionais, usuários etc. (CECILIO *ET AL.*, 2014).

Giannotti (2013) enfatiza que ações macropolíticas podem oferecer condições e estruturas necessárias para a construção de um modelo de saúde integral, mas somente a atuação na micropolítica do cuidado e das relações interpessoais proporcionarão, de fato, mudanças nesse sentido. A construção de espaços compartilhados internos à unidade, bem como de espaços mais ampliados, que envolvam diferentes atores dos vários pontos do sistema local de saúde, permitem reconhecimento mútuo e construção de confiança, além de serem canais sistemáticos de comunicação e reflexão sobre os problemas do cotidiano, criando possibilidades de cooperação e incorporação de outros pontos de vista para a produção do cuidado (ALBIERI; CECILIO, 2015; GIANOTTI, 2013).

No presente estudo, a regulação do acesso e do consumo de serviços pelos usuários foi estudada em sua dimensão microrregulatória, isto é, teve como foco a formulação e a operacionalização de regras e/ou normas locais pelos profissionais nos seus encontros com os usuários – na recepção, no acolhimento, na farmácia, nos consultórios –, ou ainda, no contato da unidade básica com os demais serviços ou instâncias da secretaria, no intuito de oferecer o atendimento mais adequado, e em tempo oportuno, aos usuários sob sua responsabilidade, na 'moldura' dos fluxos e das normas regulatórias instituídas pela gestão municipal.

No cotidiano das unidades, na sua micropolítica, as normas e regras que pautam a racionalidade formal da organização são flexibilizadas para atender algumas questões mais agudas, de acordo com a necessidade do usuário, e orientadas pela vinculação ética dos trabalhadores, resultando em momentos de cuidado e vínculo reconhecidos pelos usuários, mas nem sempre visíveis ao gestor (CECILIO, 2012).

Este artigo traz como objetivo caracterizar o processo microrregulatório desenvolvido por uma Unidade Básica de Saúde (UBS), visando garantir a integralidade do cuidado de seus usuários, discutindo se este, enquanto componente da coordenação do cuidado, subsidia a AB a desenvolver seu papel de centro comunicador das RAS, conforme o preconizado pelas propostas atuais do Ministério da Saúde.

Método

O material empírico utilizado no presente artigo faz parte de uma pesquisa maior intitulada 'A Atenção Primária à Saúde como estratégia para (re)configuração das Políticas Nacionais de Saúde', financiada com recursos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp).

Para alcançar os objetivos da pesquisa, optou-se por realizar um estudo de caso de abordagem qualitativa, de base etnográfica.

A opção pelo estudo de caso se deu por ser este um tipo de investigação empírica, que questiona um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de mundo real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes (YIN, 2005).

A etnografia é reconhecida como um método central na antropologia social, cada vez mais utilizado no campo da saúde (TRAD, 2012), tendo como ponto de partida a interação entre o pesquisador e seus 'objetos' de pesquisa (FONSECA, 1999; LAPASSADE, 2005; MELUCCI, 2005).

Segundo Caprara e Landin (2008, p. 366),

> Por método etnográfico entende-se uma atividade de pesquisa no terreno, por prolongados períodos de tempo, com contato direto com o objeto de estudo, seguido pela sistematização em formato de texto da experiência [...]. Trata-se de uma atividade durante a qual vai sendo construído o saber teórico conjuntamente à coleta dos dados. Assim, não é somente um método de pesquisa, mas um processo conduzido com uma sensibilidade reflexiva, tomando em conta a própria experiência no campo junto às

> pessoas com as quais o antropólogo trabalha. Para Cardoso de Oliveira [...] o trabalho do antropólogo consiste em olhar, ouvir e escrever. Este último aspecto não pode ser subtraído ou negligenciado pelo pesquisador, desde que ao tentar penetrar em formas de vida que lhe são estranhas, a vivência que delas passa a ter cumpre uma função estratégica no ato de elaboração do texto, uma vez que essa vivência só é assegurada pela observação participante 'estando lá' – passa a ser evocada durante toda a interpretação do material etnográfico no processo de sua inscrição no discurso da disciplina.

Ao optarmos pelo método etnográfico, assumimos que os fenômenos que pretendemos estudar são produzidos em um contexto político, histórico e social em que os atores estão inseridos, e que exige, por isso, um olhar que seja capaz de captar as múltiplas faces e formas da dinâmica organizacional, bem como os sentidos que os trabalhadores dão às suas experiências. Três técnicas de pesquisa foram exploradas ao longo do estudo: observação participante, entrevistas e análise documental.

A observação participante, segundo Lapassade (2005, P. 89), caracteriza-se por um período de interações sociais intensas entre o pesquisador e os sujeitos no seu meio, de modo que, pelo compartilhamento das experiências, o pesquisador se esforça para adquirir um "conhecimento de membro".

O trabalho de observação participante do estudo foi desenvolvido ao longo de dez meses (dezembro/2013 a outubro/2014), por um dos autores, que passava cerca de oito horas por semana observando as atividades desenvolvidas em diferentes ambientes e por diferentes profissionais da UBS, o que lhe possibilitou o conhecimento do contexto em que se dava a microrregulação, identificando os profissionais mais envolvidos no processo e, depois, selecionando-os para as entrevistas.

Foram realizadas seis entrevistas semiestruturadas, com informantes-chave eleitos por seus papéis protagônicos no processo regulatório, dentro da unidade. Entre eles, havia três médicos generalistas, que atendem na UBS, e um médico 'especialista'. A escolha dos médicos se deu por ser este, ainda, dentro do modelo assistencial hegemônico, o profissional inaugurador da dinâmica microrregulatória da unidade, muito disputado pelos usuários que buscam acessar o serviço, e principal demandador de recursos para fora da unidade.

Foram entrevistados, também, o oficial administrativo responsável pelas atividades de regulação (controle dos encaminhamentos, inscrição na fila de espera, agendamento nas cotas da unidade, envio e recebimento das requisições à central de regulação) e o gerente, por sua atuação no processo regulatório.

O *quadro 1*, destacado abaixo, apresenta as principais características dos entrevistados.

Quadro 1. Caracterização dos trabalhadores entrevistados e tempo de entrevista

Entrevistado	**Sexo**	**Formação**	**Tempo de trabalho na comunidade**	**Duração da entrevista**
Generalista B	Feminino	Médico	3,5 anos	25'40"
Generalista P	Feminino	Médico	14 anos	22'35"
Generalista R	Feminino	Médico	11 meses	11'04"
Especialista	Masculino	Médico	23 anos	27'36"
Oficial	Feminino	Técnico administrativo	4 anos	17'59"
Gerente	Feminino	Enfermeira	8 anos	16'07"

De forma complementar, foi realizada análise documental para a descrição das características do município e do histórico de implantação da regulação assistencial, assim como para verificar os conceitos trabalhados pela gestão em temas como modelo assistencial, acolhimento e matriciamento. Para tanto, foram consultados documentos oficiais disponíveis na própria unidade, ou no nível central da Secretaria Municipal.

Na análise dos dados, foram seguidos os seguintes procedimentos: 1. Uma pré-análise, através da realização de uma atividade conhecida como 'leitura flutuante' das entrevistas transcritas, de modo aproximado ao sugerido por Bardin (1977), o que resultou em uma 'grade analítica' preliminar do material empírico. 2. Cenas do cotidiano da unidade registradas durante a observação participante foram relidas e incorporadas à grade. 3. O material que emergia desse duplo movimento analítico ia sendo confrontado, o tempo todo, com o referencial teórico e com os objetivos aos quais se propôs o estudo. Conforme aponta Bardin (1997), tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, o analista pode propor inferências e adiantar interpretações a respeito dos objetivos previstos ou de outras descobertas inesperadas.

O *quadro 2,* como pode ser observado abaixo, apresenta os blocos temáticos e as categorias que compuseram a grade analítica do estudo.

Quadro 2. Blocos temáticos e categorias de análise

Blocos temáticos	**Categorias de análise**
A microrregulação do acesso aos atendimentos ou ofertas da Unidade Básica de Saúde Microrregulação Interna	Os modos de entrada
	O acesso do paciente às várias modalidades de cuidado ou ofertas da unidade
	A gestão das agendas: tensões entre médicos e a equipe
	O 'matriciamento' como dispositivo microrregulatório
	Modelo assistencial (Estratégia Saúde da Família) e microrregulação
A microrregulação do acesso aos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde Microrregulação Externa	A classificação de risco como elemento disparador da microrregulação externa
	O protagonismo médico na microrregulação externa
	A microrregulação externa é uma via de mão única: a ausência da contrarreferência
	Os agentes comunitários de saúde e a microrregulação do acesso
	O protagonismo dos usuários na microrregulação: a 'regulação leiga'
	A relação com a regulação central

A discussão do material empírico nos seminários do grupo de pesquisa que conduzia a 'pesquisa-mãe' contribuiu para a construção das bases teórica, metodológica e

analítica do estudo, de modo que se pode atribuir um caráter coletivo ao processo analítico da presente investigação.

O estudo foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 443.746/2013, e pela Secretaria Municipal de Saúde.

Caracterizando o campo de estudo

O município estudado está localizado na Sub-Região Sudeste da Região Metropolitana de São Paulo (SP) e possui uma população estimada pelo IBGE, em 2012, de 776.884 habitantes.

A UBS está situada em um bairro de periferia e é responsável por acompanhar cerca de 30 mil pessoas. Funciona de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, e o acolhimento é realizado durante todo o período. Ao longo de toda a observação, possuiu três equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF).

A UBS conta com oito auxiliares de enfermagem, cinco oficiais administrativos, dois auxiliares de farmácia, dois auxiliares de limpeza, dois pediatras, dois ginecologistas, um clínico, um assistente social, um psicólogo e um fonoaudiólogo. A equipe de saúde bucal é composta por três dentistas, três técnicos em saúde bucal e três auxiliares em saúde bucal, e cobre todo o território. Os funcionários, em sua grande maioria, trabalham na unidade há pelo menos sete anos. A gerente é enfermeira e está no cargo há oito anos.

É uma unidade grande, com cerca de 480 m², distribuídos em dois pavimentos. Realiza consultas individuais e em grupo, vacinação, dispensação de medicamentos da farmácia básica e curativo. Na sala de procedimentos são feitas inalação, aplicação de medicamentos injetáveis, aferição de pressão arterial e de glicemia, além de atendimento de intercorrências. Neste local também são realizados os eletrocardiogramas.

A unidade conta, ainda, com uma sala dedicada à comunidade, onde são realizadas as reuniões do conselho gestor local e desenvolvidas as atividades dos grupos que trabalham com promoção e prevenção em saúde. São de responsabilidade dos participantes desse grupo o cuidado da horta comunitária que existe nos fundos do terreno e a organização dos passeios mensais aos parques da região.

Cada equipe se reúne semanalmente para a discussão de casos e, uma vez por mês, ocorre a reunião geral, com participação de todos os funcionários da unidade.

Resultados e discussão

Inicialmente, o objetivo do estudo buscava compreender melhor o grau de autonomia da equipe para conseguir o acesso de seus usuários aos demais serviços que compõem a rede locorregional de saúde. No entanto, as entrevistas e a observação participante possibilitaram pensar a microrregulação do acesso com mais complexidade ao contemplar duas dimensões complementares do processo microrregulatório: a microrregulação do acesso aos atendimentos ou ofertas da própria unidade (microrregulação interna) e a microrregulação do acesso aos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (microrregulação externa). Seriam como as duas faces de uma moeda, duas dimensões interligadas a serem consideradas de modo articulado quando o objeto do estudo é a produção do cuidado em uma UBS, de modo que não é possível analisar a microrregulação externa sem levar em conta os vários mecanismos de regulação interna, que podem resultar em maior ou menor dependência do encaminhamento para outros níveis do sistema.

Dos achados referentes à microrregulação interna podemos destacar, com mais ênfase, o acolhimento, o matriciamento e os modos como os trabalhadores entendem a política de saúde e o papel da AB. Os sentidos que

dão ao seu trabalho parecem influenciar fortemente a sua capacidade de escuta e de fazer ofertas alternativas para os usuários.

Para acessar os serviços da unidade estudada, todos os usuários passam pelo acolhimento, primeira etapa do processo de microrregulação interna.

O acolhimento fora pensado como um mecanismo de inclusão, uma forma de atenção à demanda espontânea, que promovesse uma 'escuta qualificada', servindo de elo entre a necessidade do usuário e as várias possibilidades de cuidado. Ao retirar do médico o papel de único protagonista do cuidado, pretende ampliar a clínica de outros profissionais de saúde e incluir outras abordagens e explicações possíveis – que não só a biomédica – para os adoecimentos e demandas (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010). No entanto, o que percebemos na unidade estudada foi um cuidado ainda muito centrado na figura do médico e na prescrição de exames, o que interfere diretamente na forma de organização da microrregulação interna e externa, como pode-se depreender desta cena no acolhimento:

> *E aí, o paciente é ouvido, de acordo com sua necessidade [...] Então, o paciente é direcionado pro generalista. Caso a vaga do generalista acabe, ele pode ser direcionado pro clínico, que atende a todas as áreas, ou pros GOs* [ginecologistas] *e pediatras da área referente. E assim o paciente consegue uma consulta e o primeiro acesso à unidade de saúde.* (Generalista B).

No dia a dia do serviço, a garantia de acesso também será influenciada pela possibilidade de absorção das agendas, do profissional que realiza o atendimento, e de sua capacidade de escuta, como pode ser observado na cena acompanhada em uma manhã, na sala de acolhimento:

> *A enfermeira R atendeu, ali no acolhimento, alguns pacientes. De forma muito seca e, até com certa pressa, na maioria das vezes encaminhou o paciente para agendamento de consulta médica. Logo depois, chegou a auxiliar B, que tomou seu posto. Foi aparente a mudança na forma de ouvir. Ainda que com algum distanciamento às demandas trazidas pelo usuário, esta profissional tem um cardápio mais variado de ofertas.* (Relato de campo 6 – 07/02/2014).

Este relato nos dá indícios de como a capacidade de escuta e de fazer ofertas alternativas para os usuários parecem ser influenciadas pelos modos como os trabalhadores dão sentido ao seu trabalho, partindo de como entendem a política de saúde e o papel da AB.

Assim, ainda que a regulação seja norteada por protocolos, normas e regras fixadas pela gestão central ou instituídas localmente, no cotidiano, elas vão sendo reelaboradas e reaplicadas, funcionando como barreiras de acesso, e, ao mesmo tempo, com 'aberturas', modos de operar que são mais flexíveis, 'pessoais' e acolhedores. Então, o acesso, ou melhor, o modo como o acesso é normalizado pela gerência e pelos trabalhadores, a microrregulação interna, poderia ser vista como um 'sistema de filtros'. Tal filtro é ora mais fechado, ora mais poroso; ora facilita a entrada, ora serve de barreira.

Várias questões parecem influenciar a porosidade dos filtros. Em primeiro lugar, e de modo mais visível, aspectos bem práticos, referentes à relação demanda/oferta. Aspectos menos visíveis, e empiricamente mais difíceis de serem apreendidos, dizem respeito a questões éticas (modos de ver o mundo e dar sentido para o seu trabalho), mas, também, o modo de pensar a AB e seu papel ('política para pobres, lugar das coisas simples'), em última instância, determinarão o maior ou menor envolvimento da equipe em cada caso, e sua disponibilidade para acolher as demandas dos usuários. A reflexão de uma médica generalista explicita bem algumas das questões que influenciam esses filtros: ao mesmo tempo em que mostra seu envolvimento com o trabalho, também explicita

alguns conceitos que formula acerca da AB e dos usuários:

> *E acho o PSF uma coisa muito diferente [...]. Então, minha visão hoje é diferente, eu venho [trabalhar como médica] porque eu quero, porque gosto de fazer e não quero ficar em casa [...]. Porque a pessoa vem e eu já olho tudo, a pessoa fala da dor no pé e eu pergunto: 'A senhora já não quer fazer seus exames?'. Isso que eu acho bonito no PSF, sabe? E aqui é uma região carente, que precisa de PSF, porque eles não têm essa capacidade de se organizar. Já é uma população de risco justamente porque eles não conseguem organizar a vida. Então, aqui é uma indicação pra ter PSF [...].* (Generalista P).

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010B) preconiza o Apoio Matricial como dispositivo de intervenção junto à AB, considerando o trabalho organizado pelo princípio de responsabilidade compartilhada entre a equipe de referência e serviços especializados. Ele pode ser entendido como uma nova lógica de produção do processo de trabalho, pela qual um profissional, atuando em determinado setor, oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores, funcionando como referência para outras equipes (BRASIL, 2010B). Tal estratégia, se bem sucedida, poderia ser vista como poderoso dispositivo microrregulatório, em particular, pelo seu potencial de reduzir a necessidade de consultas externas com especialistas.

A unidade básica estudada conta com médico clínico, pediatra e ginecologista (que aqui serão chamados 'especialistas'), para além da equipe mínima, que garante o médico generalista, o enfermeiro e os técnicos de enfermagem (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2009).

Questionada sobre a função de outros médicos, além dos generalistas, na unidade (os 'especialistas'), apesar de a gerente explicar que estes atuariam como matriciadores, mas também teriam uma vaga na agenda para atender a população, a generalista B afirma que os médicos especialistas não atuam como o previsto na proposta de matriciamento:

> *Olha, das especialidades de dentro da unidade – pediatria e ginecologia –, não, ele* [o matriciamento] *não acontece. Na verdade, a gente acaba tendo um coleguismo, o médico que está disponível acaba ajudando. Então, pediatria e ginecologia não têm matriciamento, eu tiro dúvidas.* (Generalista B).

Esta posição é confirmada pelo especialista:

> *Olha, teoricamente eu sou* [matriciador]. *Mas, não tenho interação... num... sabe... Mas, poderia ter uma interação melhor e acho que o serviço funcionaria melhor se houvesse isso.* (Especialista).

Nessa conjuntura, os 'especialistas' (clínicos, ginecologistas e pediatras) ficam afastados das discussões de caso e das reuniões de equipe. Perde-se, com isso, um dispositivo potente de discussão e compartilhamento de conhecimento, com consequências para os processos de decisão e gestão do cuidado, em particular, da definição de importantes elementos da microrregulação interna. Por exemplo, questões como o melhor gerenciamento da agenda e a quantidade de encaminhamentos para outros níveis de atenção.

Por outro lado, há o reconhecimento do apoio matricial realizado por médicos especialistas dos serviços de referência como dispositivo de qualificação do cuidado. Todos os generalistas citam o matriciamento feito por especialistas 'externos' como responsável por qualificar suas ações dentro da AB, diminuindo o encaminhamento para serviços especializados.

Por tudo isso, é possível dizer que o matriciamento interno não está sendo realizado, enquanto o externo é reconhecido como positivo, ou, pelo menos, são trazidas

referências de que pode vir a representar boas experiências, já que não foram exploradas, nas entrevistas, sua regularidade e continuidade no tempo.

A microrregulação do acesso aos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (microrregulação externa)

A microrregulação externa é a dimensão do acesso aos demais serviços do sistema de saúde. Em sua etapa inicial, o protagonismo médico é fundamental na conversa e na negociação com o usuário, quando devem ser feitas a análise e a priorização dos encaminhamentos, e a definição de qual serviço é mais indicado para atender àquela necessidade. Este momento traz repercussões não só para o cuidado daquele paciente, como o de todos os outros que aguardam os agendamentos de suas consultas/exames, e pode ser considerado como etapa crítica no processo regulatório, pois irá definir ou interferir diretamente no tempo de espera e na resolutividade do que será ofertado aos que necessitam complementar seus cuidados em outros serviços de saúde. Neste sentido, é necessário reconhecer o quanto o médico segue central em todo o processo regulatório.

Na UBS estudada, o arranjo construído pela unidade para operacionalizar a microrregulação externa é uma triangulação entre médicos, oficial administrativo e gerente. Os médicos são responsáveis pela priorização dos casos, a oficial é o elemento central na operacionalização burocrático-administrativa do processo regulatório (agendamentos, contatos telefônicos, desencadeamento de convocações etc.), enquanto a gerente é acionada principalmente nos momentos de crise. A regulação é trabalhada caso a caso, fora dos espaços de discussão em equipe, não existindo momentos formais de decisão compartilhada sobre os processos desenvolvidos e resultados alcançados.

Experiência descrita por Baduy *et al.* (2011), na qual foi produzida uma rede de conversações entre trabalhadores da AB, da atenção especializada e assessores ligados à gestão possibilitou a ampliação do debate acerca da regulação, a compreensão das dificuldades vividas pelas equipes e a construção compartilhada de soluções para o enfrentamento dos problemas. Também Albieri e Cecilio (2015) relatam os resultados de uma experiência de discussão a partir de ciclos de oficinas de regulação, estratégia governamental de base comunicativa, propiciando maior aproximação dos profissionais da AB com o tema da regulação.

Experiência semelhante foi proposta pela gestão do município estudado, que instituiu um grupo de discussão sobre regulação no intuito de proporcionar maior proximidade, e consequente estabelecimento de vínculo, entre os profissionais da rede e os profissionais reguladores, e de fortalecer o protagonismo das equipes locais no processo regulatório. Porém, de acordo com os relatos colhidos nas entrevistas, apenas o oficial administrativo tem participado desse grupo.

A classificação de risco como elemento disparador da microrregulação externa

Segundo o Protocolo de Regulação do Acesso do município (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2010), as solicitações devem ser classificadas conforme o risco em prioridades, de prioridade zero (P0) a P3, conforme um conjunto de critérios que contemplam tanto uma avaliação mais clínica como fatores de vulnerabilidade social. O estudo mostra como os casos classificados como P0 mobilizam fortemente os diferentes atores da unidade, resultando em respostas rápidas e um processo de microrregulação bastante resolutivo. No entanto, o que não é considerado de maior risco acaba entrando no modus operandi de regulação mais automático, de modo geral, pautado na ordem de chegada dos pedidos dos encaminhamentos feitos pelo médico. A este já não interessa como se darão os

encaminhamentos nos casos que não se classificam como P0, chegando a desconhecer os fluxos instituídos para as demais situações. Assim, cabe ao oficial administrativo, de modo quase solitário, uma importante ação microrregulatória, acionando, em algumas situações, a regulação central ou mesmo algum serviço de referência, ou recorrendo, em determinados casos, ao médico da unidade.

Vemos aqui como um processo de fundamental importância para a regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) assume um caráter local, micropolítico, quase sempre fora do olhar do próprio gestor da unidade ou da equipe de um modo mais compartilhado e 'publicizado'. E podemos imaginar o peso que tal fato tem na configuração do 'sistema de saúde': a somatória de milhões de ações cotidianas, solitárias, quase invisíveis como essa.

> *O critério de escolha é prioridade, que é o médico que coloca. Se é urgente, P0, obviamente que é a primeira marcação que é feita. Agora, se é P1, P2 e P3, geralmente a gente bota em ordem de passagem.* (Oficial).

Observa-se, com esse arranjo, um empobrecimento da microrregulação externa dos casos considerados menos prioritários, gerando filas de espera organizadas simplesmente por ordem cronológica. Assim, não há uma discriminação mais clínica e singularizada das necessidades dos usuários, de modo a garantir o acesso a outros níveis do sistema em tempo adequado e oportuno.

A falta de responsabilização dos profissionais da AB na gestão do processo de referência tem sido apontada em diversos estudos (ALBIERI; CECILIO, 2015; BADUY *ET AL.*, 2011; MAGALHÃES JÚNIOR; PINTO, 2014). Neles, foi possível observar a desqualificação dos encaminhamentos; filas de espera com informações insuficientes, desatualizadas; usuários que desconheciam o encaminhamento ou que já tinham resolvido seus problemas de outras formas; casos urgentes perdidos na fila.

A microrregulação externa é uma via de mão única

O acesso à informação e o diálogo entre profissionais e serviços são primordiais para dar condições às equipes de AB para se responsabilizarem pelo cuidado do usuário (ALMEIDA *ET AL.*, 2010; MAGALHÃES JÚNIOR; PINTO, 2014).

Questionados sobre o recebimento de informações sobre os atendimentos dos casos encaminhados aos serviços especializados – a conhecida contrarreferência –, os médicos entrevistados são categóricos em dizer que isto não acontece.

> *Eles não mandam contrarreferência, isso nunca aconteceu. Nos cinco anos que tenho de PSF, muito raramente recebi uma contrarreferência. Só quando o médico pretende alguma coisa, quando é alguma coisa que interesse a ele.* (Generalista B).

Segundo Escorel *et al.* (2007), o mecanismo de comunicação com troca de informações entre os profissionais dos diversos serviços é condição fundamental para que a AB exerça seu papel de coordenação e contribua para a continuidade do cuidado com resolubilidade.

Pesquisa realizada por Albuquerque *et al.* (2014) utilizando dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no estado de Pernambuco, demonstrou uma baixa frequência na comunicação e na discussão dos encaminhamentos entre AB e atenção especializada. Por outro lado, Albieri e Cecilio (2015) demonstram que estratégias institucionalizadas de recebimento sistemático, pelas equipes de AB, de informações a respeito dos procedimentos especializados realizados por seus pacientes são altamente valorizadas pelos profissionais, principalmente médicos.

Na unidade estudada, a comunicação sobre os atendimentos realizados em outros serviços é intermediada por terceiros, como

apoiadores e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ou trazida pelo próprio usuário e/ou seus familiares. Na ausência de comunicação regular entre serviços, as equipes têm que se adaptar e criar outras formas de trabalhar, que mais uma vez exigirão ações protagônicas dos profissionais, como buscar contatos pessoais via telefone, conforme exemplifica a Generalista B.

> *Então, pr'a gente, que faz o acompanhamento longitudinal, integral desse paciente, fica um pouquinho complicado, mas até que não atrapalha muito meu trabalho. Eu aprendi a trabalhar sem isso, sabe? E, se tenho dúvida, eu passo a mão no telefone e ligo.* (Generalista B).

Com isso, a coordenação do cuidado será realizada apenas em alguns casos selecionados, quando todo um arranjo capitaneado pela equipe irá articular contatos, tanto com o serviço que atende o paciente quanto com sua família. São ações que partem da comoção da equipe em algumas situações clínicas, impulsionando a busca por diálogo com os demais pontos da rede de serviços. Na ausência de mecanismos institucionais mais potentes, a equipe é convocada a produzir redes informais de contatos com os serviços, incorporando a família e a comunidade como interlocutoras.

Nesse sentido, Magalhães Júnior e Pinto (2014) reconhecem que, além da insuficiência de bases normativas para a efetivação da coordenação e a troca de informação entre os níveis assistenciais, também existe a insuficiência dos mecanismos de diálogo, informação e comunicação entre profissionais dos diferentes pontos de acesso, para que se efetivem lógicas de coordenação do cuidado.

Os ACS aparecem como atores importantes na viabilização do acesso aos serviços de saúde, tanto na microrregulação interna como externa, principalmente na ausência de mecanismos de diálogo entre as equipes. Eles vão 'costurando' as ações de outros grupos profissionais, propiciando que os usuários cheguem à unidade básica e aos demais serviços.

Também o usuário estará sempre presente, tensionando e se colocando como agente ativo do processo microrregulatório. Sua motivação está amparada na experiência do adoecimento, da dor, do sofrimento e por suas necessidades de saúde, incluindo aí a conservação da autonomia no modo de andar a vida, a busca de vínculo e cuidado, o bem-estar, a alegria de viver (CECILIO *ET AL.*, 2014). Porém, suas reivindicações nem sempre serão acolhidas tecnicamente pelos profissionais que o atendem.

Conclusão

Como conclusão do estudo, apontamos alguns elementos que nos parecem configurar o 'campo problemático' da microrregulação em saúde, e que deverão estar presentes nos debates em torno do tema central hoje para o SUS, que é a garantia do acesso e do consumo de serviços de saúde.

Um dos elementos apontados pelo estudo é o quanto o 'matriciamento' poderia ser, mas ainda não é, um dispositivo potencializador para a microrregulação. Na unidade estudada, o matriciamento 'interno', isto é, aquele desenvolvido no encontro entre os 'especialistas' da unidade, os generalistas e demais membros da equipe, não tem sido usado em toda a sua força. O matriciamento com especialistas de serviços de maior complexidade, que poderia ser um importante dispositivo de qualificação da microrregulação, em particular, por garantir maior autonomia e resolutividade à equipe local, também não ocorre na amplitude proposta nas diretrizes da política municipal de saúde, ainda que os entrevistados tenham apontado experiências positivas com os matriciadores 'externos'.

Com isso, perde-se uma oportunidade de qualificação da microrregulação. Muitos casos, que poderiam ser resolvidos em nível local, contando com a *expertise* dos

profissionais da própria equipe ou dos especialistas dos serviços de maior complexidade, são referenciados para outros níveis de atenção, acarretando o aumento nos tempos de espera e, consequentemente, diminuindo a capacidade de ofertar um cuidado oportuno e resolutivo. O estudo não aponta elementos para explicar por que esta situação ocorre.

A microrregulação interna influenciará a microrregulação externa ao modular a forma de pensar as possibilidades de cuidado frente à necessidade do usuário. Ela poderá seguir um caminho prescritor e produtor de encaminhamentos aos especialistas, ou uma forma mais criativa de cuidar, oferecendo possibilidades terapêuticas dentro da própria unidade. Como, por exemplo, a oferta da clínica de outros profissionais de saúde e de outras abordagens, e explicações para as demandas dos usuários.

Para a efetivação da microrregulação como componente da coordenação do cuidado, ela deveria ser entendida como uma tarefa de toda a equipe. Para isso, seria importante que todos desenvolvessem um 'raciocínio regulatório', que envolvesse, além da classificação do risco clínico, epidemiológico e social, a compreensão do contexto de relação demanda/oferta e a negociação com o usuário sobre a possibilidade do acompanhamento de seu problema de saúde pela AB. Isso poderia ser obtido através de outros modos de cuidar que não apenas o centrado no cuidado médico. Para tanto, é preciso que o tema esteja presente no cotidiano da unidade, saindo do espaço burocrático-administrativo da recepção e da gerência, invadindo os espaços do acolhimento, das consultas médicas, dos atendimentos de enfermagem, das discussões de equipe e entre equipes, da circulação dos ACS pela comunidade, e passando pelas reuniões do conselho gestor local.

Para além da classificação do caso como prioridade zero (P0) enquanto acionador do protagonismo da equipe – o que muito influenciará o desenvolvimento da ação microrregulatória –, há mais elementos a serem reconhecidos para se entender como a unidade básica regula. O estudo não permite responder sobre o que mobiliza a equipe para correr atrás de um caso, e não de outro. Há situações em que a equipe toma para si a tarefa microrregulatória externa, representando aqueles momentos em que a AB experimenta seu papel de centro de comunicação com outros serviços e de responsabilização pela continuidade do cuidado, como o preconizado pela política do Ministério da Saúde. Porém, a microrregulação não pode apenas se pautar nesses casos 'dramáticos', que quase se impõem para a equipe. Seria necessário desenvolver um olhar mais técnico e contínuo de regulação em relação aos demais casos, superando a classificação 'cronológica', qual seja, aquela feita pela ordem de chegada das demandas, sem discriminação de riscos, o que possibilitaria o melhor aproveitamento da oferta e a diminuição dos tempos de espera.

Outro ponto a ser destacado é que está sob responsabilidade da gestão viabilizar, além do matriciamento, outros canais de comunicação permanente entre AB, regulação central e serviços especializados capazes de potencializar a microrregulação, como, por exemplo, a contrarreferência, a telessaúde e o prontuário eletrônico. Na ausência de tais dispositivos institucionais de acesso à informação, a comunicação se dá informalmente, muitas vezes através de relatos do próprio usuário ou de seus familiares, informações estas frequentemente desvalorizadas pela equipe.

Partindo dos achados do estudo, é possível dizer que a unidade estudada consegue, em algumas situações – em particular, aquelas avaliadas como 'prioridade zero' pelas equipes –, ser bastante protagônica na microrregulação externa, viabilizando alguma resposta frente às necessidades do usuário. Nas demais demandas de acesso a outros pontos do sistema de saúde, ela

parece atuar de modo muito distante do que tem sido preconizado pela política de saúde atual, que impõe à AB o papel de centro comunicador das redes e de coordenadora do cuidado, o que permite inferir, ainda, sua impossibilidade de ser a única coordenadora do cuidado. Tal tarefa precisa ser assumida por todos os pontos de atenção da rede. Para isto, requer o engajamento da gestão no aprimoramento de arranjos que possibilitem a comunicação e a troca de informações entre os serviços.

Por último, pensamos ser possível afirmar que, apesar de esta investigação ter sido um estudo de caso desenvolvido em uma única unidade básica, com as limitações inerentes à escolha metodológica, ela possibilitou trazer à tona alguns elementos para a compreensão de questões que estão postas à gestão municipal, no que diz respeito à garantia do acesso e à integralidade da atenção aos usuários do Sistema Único de Saúde. ■

Referências

ALBIERI, F. A. O; CECILIO, L. C. O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 184-195, dez. 2015.

ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al*. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p.182-194, out. 2014.

ALMEIDA, P. F. *et al*. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

BADUY, R. S. *et al*. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, fev. 2011.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.559, de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União,* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1 ago. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 18 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União,* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 31 dez. 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 18 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] União,* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 31 out. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/

saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 18 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização:* Cadernos HumanizaSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-376, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2016.

CECILIO, L. C. O. *et al*. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. *Ciênc. Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012.

CECILIO, L. C. O. *et al*. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, jul. 2014.

ESCOREL, S. *et al*. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para à atenção básica no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica,* Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, mar. 2007.

FONSECA, C. Quando cada caso não é um caso. *Rev. Bras. Educ*., Rio de Janeiro, n. 10, p. 58-78, jan./abr. 1999.

GIANNOTTI, E. M. *A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços:* um estudo de caso do município de Guarulhos. 2013. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. *Atenção Primária à Saúde:* seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

LAPASSADE, G. *As Microssociologias.* Brasília, DF: Liber Livro, 2005. (Pesquisa em Educação, 9).

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia. *Divulgação em Saúde para Debate,* Rio de Janeiro, n. 51, p. 14-29, out. 2014.

MELUCCI, A. *Por uma sociologia reflexiva:* pesquisa qualitativa e cultura. Petrópolis: Vozes, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Relatório mundial da saúde 2008.* Lisboa: Ministério da Saúde, 2008.

SÃO BERNARDO DO CAMPO. Secretaria de Saúde. *Plano municipal de saúde:* 2010-2013. São Bernardo do Campo, 2009.

_____. Secretaria de Saúde. *Protocolo de regulação do acesso:* especialidades médicas. São Bernardo do Campo, 2010.

STARFIELD, B. *Atenção Primária:* equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, C. D., POLI NETO, P., CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (dês)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, nov. 2010.

TRAD, L. A. B. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. *Ciên. Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 627-633, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio 2015.

YIN, R. K. *Estudo de caso:* planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Recebido para publicação em fevereiro de 2016
Versão final em maio de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), processo n. 2012/51258-5 / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo n. 483460/2012-5

Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites

Network transversality: matrix support in the decentralization of counseling and rapid testing for HIV, syphilis, and hepatitis

Kátia Bones Rocha[1], Rejane Rosaria Grecco dos Santos[2], Jaqueline Conz[3], Ana Carolina Tittoni da Silveira[4]

RESUMO Objetivou-se investigar como a política de descentralização do aconselhamento e teste rápido de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), sífilis e hepatites foi implementada a partir do matriciamento das equipes de Atenção Básica em Porto Alegre. É um estudo qualitativo, no qual foram realizadas oito entrevistas com matriciadoras. Entre os aspectos positivos, estão a realização da capacitação dos profissionais da Atenção Básica, de interconsultas, supervisões e visitas. Essas experiências destacam a potencialidade de um trabalho mais horizontal entre os níveis de atenção especializado e básico. Entre os aspectos considerados negativos, destacam-se a ênfase na parte técnica do teste e a descontinuidade do matriciamento.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Aconselhamento; HIV; Políticas públicas.

ABSTRACT *The aim of this research was to investigate how the decentralization of counseling and rapid testing for HIV (Human Immunodeficiency Virus), syphilis, and hepatitis B and C have been implemented in the city of Porto Alegre, Brazil, using matrix support with Primary Health Care teams. It is a qualitative study, in which eight matrix supporters were interviewed. Positive aspects include training of Primary Health Care professionals, interconsultation, supervision, and visits. Such experiences point out the potentiality of more horizontal work between primary and specialized levels of care. Negative aspects include the emphasis on the technical aspect of the test and the discontinuity of matrix support.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Counseling; HIV; Public policies.*

[1] Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) – Porto Alegre (RS), Brasil. *katia.rocha@pucrs.br*

[2] Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) – Porto Alegre (RS), Brasil. *rejanegrecco@ymail.com*

[3] Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) – Porto Alegre (RS), Brasil. *jaqueconz@gmail.com*

[4] Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) – Porto Alegre (RS), Brasil. *anactittoni@gmail.com*

 DOI: 10.1590/0103-1104201610902

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge como política pública a partir da Constituição Federal de 1988, em um contexto de retomada histórica de direitos. O SUS busca atender às demandas de saúde da população, compreendendo cada sujeito, território e equipe como singulares e únicos, visando o acesso à saúde universal, equitativo e íntegro por todos os usuários residentes no território nacional.

Nas últimas décadas, a Atenção Básica (AB) à saúde vem recebendo incentivos e buscando ocupar uma posição central na atenção à saúde no Brasil por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012). A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem um papel central na coordenação e ordenação do cuidado e acesso à saúde, caracterizando-se como ponto central e porta de entrada da rede de cuidado do SUS. A AB tem como objetivo principal a descentralização do atendimento, ampliando o acesso da população aos serviços e visando a criação de vínculos entre usuários e profissionais. A partir disso, busca oferecer relações de cuidado mais eficazes, profundas e coerentes às realidades comunitárias e familiares dos usuários (BRASIL, 2012; CONILL, 2008).

Com o fortalecimento do SUS a partir da consolidação do nível de Atenção Primária à Saúde, da criação do programa HumanizaSUS e das conquistas e articulações práticas da Reforma Psiquiátrica, uma maior responsabilização e demanda de serviços para o nível básico de saúde são instauradas, sendo criado o apoio matricial como um novo dispositivo de gestão do funcionamento dos serviços de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Campos (1998) utilizou o conceito de dispositivo de Baremblitt (1992) para caracterizar o apoio matricial como uma ferramenta política de intervenção institucional. O conceito de 'dispositivo' se refere à inserção de recursos externos (como o matriciamento) em uma instituição, intervindo na realidade cotidiana em prol de alterações na base e funcionamento de tal.

Tendo surgido como política pública em 2007 no âmbito da saúde mental, o matriciamento visa alterar a lógica organizacional de cuidado em saúde a partir de especialidades, relativizando o princípio de hierarquização entre os profissionais e serviços de níveis de atenção distintos (proposto na teoria de sistemas de saúde), sendo todos os saberes (equipe e comunidade) importantes para o processo de trabalho (CAMPOS, 1998; CAMPOS; DOMITTI, 2007). A partir de trocas teóricas e práticas entre a equipe de referência (equipe de atenção primária) e a equipe matricial (equipe de profissionais do nível de atenção especializada), o matriciamento se propõe a repensar as políticas públicas de saúde presentes na rede de saúde de forma longitudinal nos três níveis de atenção. Segundo Campos e Domitti (2007), o matriciamento oferece uma atenção singular, que respeita as diferentes culturas e necessidades de cada território e equipe de referência em questão.

Há estudos publicados que exploram a estratégia de matriciamento, principalmente em saúde mental, como destaca a revisão de literatura desenvolvida por Bonfim *et al.* (2013). Por outro lado, observa-se uma escassez de estudos publicados sobre o matriciamento para a realização do teste rápido para HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), sífilis e hepatites virais (HAAG; GONÇALVES; BARCELLOS, 2013).

Em relação à Política Nacional de DST/Aids, a partir do ano de 2000, o Ministério da Saúde divulgou três manuais que lançam as diretrizes para atenção em HIV/Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) na AB. Os manuais destacam a inserção do aconselhamento e o incentivo para a oferta diagnóstica para o HIV na rede de AB (BRASIL, 2003, 2005). A ideia é que a testagem, além de ser oferecida pelos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), seja também ofertada pela atenção primária e que as pessoas possam ser acompanhadas pelas unidades básicas de saúde, dentro de uma lógica de corresponsabilidade. Cabe destacar que o

Rio Grande do Sul é o estado com maior incidência de Aids no País, com 41,3 casos a cada 100 mil habitantes em 2013. A situação em Porto Alegre é ainda mais alarmante, com incidência de 95,6 casos para cada 100 mil habitantes no mesmo ano (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, este estudo objetiva investigar como a política de descentralização do teste rápido de HIV, sífilis e hepatites vem sendo implementada, a partir do matriciamento das equipes de AB para a realização do aconselhamento e teste rápido em Porto Alegre e no estado do Rio Grande do Sul. Ressalta-se que Porto Alegre é uma das cidades pioneiras no processo de descentralização do teste rápido de HIV, sífilis e hepatites para a rede de AB.

Método

Trata-se de um estudo do tipo qualitativo e exploratório com profissionais que atuavam como matriciadoras para a realização do aconselhamento e teste rápido de HIV, sífilis e hepatites virais na AB. As participantes foram selecionadas mediante a técnica de *snow ball* (bola de neve), na qual as entrevistadas indicaram outras profissionais matriciadoras. Participaram oito profissionais, sendo cinco delas responsáveis pelo matriciamento do município de Porto Alegre e três envolvidas no processo de matriciamento do estado do Rio Grande do Sul. Elas foram convidadas para assumir tal função devido às suas experiências profissionais e identificação com a temática de HIV/Aids. As participantes serão identificadas como P1, P2 e assim por diante.

Os dados foram coletados entre os meses de outubro e dezembro de 2014 por meio de entrevistas semiestruturadas, com duração média de 45 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas com o apoio do *software* Atlas.ti.

Para a interpretação dos dados, foi utilizada a Análise Temática (AT) (BARDIN, 2011). Foram seguidos os passos propostos por Braun e Clarke (2006) para a realização da AT: a transcrição cuidadosa das entrevistas; a codificação inicial dos temas que surgiram como mais relevantes a partir da exploração de todo o material, os quais foram considerados como coerentes, consistentes e distintos entre si; depois de escolhidos os temas, as entrevistas foram relidas e recodificadas; os dados das entrevistas foram interpretados e organizados; a análise de dados buscou considerar um bom equilíbrio entre a narrativa analítica e extratos ilustrativos que são fornecidos no texto. Para este estudo, três pesquisadoras codificaram as entrevistas utilizando o Atlas.ti de forma independente, e uma quarta pesquisadora serviu como juíza. Quando havia distinções entre as codificações, foi realizada uma discussão com todas as pesquisadoras, buscando-se um consenso.

O presente estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), (Edital Universal nº 482051/2013-2) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-RS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, via Plataforma Brasil (nº 779.500).

Resultados

Em relação às participantes, cinco delas possuíam formação em psicologia e três em enfermagem, com diferentes vínculos laborais: duas delas possuíam um contrato temporário de vinte horas semanais durante treze meses para a realização do matriciamento em seis das oito gerências distritais de saúde de Porto Alegre; três delas eram funcionárias do estado e responsáveis por realizar o matriciamento nas outras duas gerências distritais de saúde da cidade e as outras três profissionais entrevistadas eram funcionárias do estado e responsáveis pelo matriciamento das regionais do estado do Rio Grande do Sul. Apenas duas das entrevistadas seguiam matriciando a região que lhes foi designada.

A partir da leitura do material coletado durante as entrevistas, surgiram os seguintes eixos temáticos: 1) Capacitação; 2) Matriciamento; 3) Aconselhamento; 4) Resistências e possibilidades e 5) Matriciamento: interior versus capital. Os eixos temáticos buscaram dar visibilidade a elementos a fim de analisar o matriciamento realizado para a execução do aconselhamento e teste rápido de HIV, sífilis e hepatites.

Capacitação

Um dos primeiros aspectos que as entrevistadas apresentaram foi a diferenciação entre capacitação e matriciamento. As capacitações podem ser uma das atividades desenvolvidas dentro do matriciamento, mas apenas a realização de capacitações pontuais não pode ser considerada matriciamento. Por meio das entrevistas, percebeu-se que grande parte das ações vinculadas ao matriciamento, para a realização do teste rápido e aconselhamento, na cidade e no estado tiveram caráter de capacitação. Assim, foram realizadas palestras e oficinas pontuais em pontos centrais na cidade, com um grande número de ouvintes, sem distinção de profissionais por território ou serviço ao qual estavam vinculados. Uma das participantes sistematizou que as capacitações tiveram três objetivos: *"Tinha uma parte de conhecimento, uma parte técnica, uma parte, assim, de sensibilização"* (P1).

Outra participante afirmou que a capacitação consistia em:

> *Uma parte teórica e também a parte prática. Prática e teoria, explicando todo o teste e como ele* [teste] *funciona e, assim, ajudava com que eles* [profissionais da AB] *se capacitassem e aprendessem mais com o som da técnica, o quanto ela é fácil, mas também difícil, no sentido de baita responsabilidade.* (P2).

Além de instrumentalizar sobre a realização do teste em si, outra das entrevistadas referiu ser uma oportunidade de troca de experiências:

> *Instrumentalizar assim o profissional quanto às leis, sobre o teste rápido, como são os fluxos, a parte prática realmente, como se faz o teste rápido, a gente tentava dar um aporte assim sobre tudo, como fazer laudos, como organizar a área física, a gente já tinha implantado* [o teste rápido nos CTAs], *então a gente contava da nossa experiência... das dificuldades que a gente passou, mas do que isso traz de benefícios, tanto pra gente assim como pessoa, assim como profissional, né?* (P3).

Também uma entrevistada mencionou a importância da capacitação como um espaço diferenciado, como uma oportunidade de aproximação das equipes que, às vezes, era maior nas capacitações que nas visitas. Nesse sentido, relatou:

> *Porque a gente usou aquela metodologia problematizadora que o Ministério utiliza... a partir de casos práticos e situações e, no final, a gente vê a teoria e integra com os aspectos teóricos, não só porque eles começam a trabalhar melhor, mas também porque a gente conseguiu se aproximar mais das unidades através das capacitações do que nas visitas, porque, às vezes nas visitas, tu chega lá e é na prática, sabe?* (P4).

Na mesma linha, algumas matriciadoras referiram que as capacitações são utilizadas como um dispositivo sensibilizador e como uma forma de desacomodar as equipes: *"A proposta era desacomodar né, poder ajudar aquele profissional a pensar a respeito dessas questões e se olhar nisso"* (P5).

Todas as entrevistadas declararam que os profissionais que mais participavam das capacitações para a realização dos testes e aconselhamento eram enfermeiras e, em alguns casos, médicos. Por outro lado, as matriciadoras destacaram a importância de que mais de um profissional da equipe

realizasse a capacitação. Uma das entrevistadas pontuou:

> *Então, na medida do possível, a gente tenta sensibilizar a unidade pra que outras pessoas também dividam essa tarefa, que se capacitem duas ou três e só aquela se encarrega... aquela tá de licença porque tá doente ou vai embora... ninguém mais se encarrega, ninguém mais faz testagem.* (P4).

Outra limitação destacada pelas matriciadoras é a alta rotatividade dos profissionais na atenção primária, muitas vezes associada à precariedade dos contratos laborais. As entrevistadas relataram:

> *Pegou o povo em plena rotatividade, acho que daqueles que a gente capacitou em 2012, não sei se tem alguém na rede ainda, porque logo depois já não tinha.* (P6).

As entrevistadas discutiram também o caráter pontual das capacitações nesse contexto de alta rotatividade. Uma delas referiu:

> *Muitas vezes era aquele o profissional que se disponibilizou para fazer a formação conosco, as capacitações, e aquele profissional foi embora e, bom, as equipes não conseguiram se reorganizar às vezes para acompanhar, as equipes se desmanchando, né? Acho que são atravessamentos que a gente passou assim, que dificultaram eu acho e muito.* (P5).

A capacitação foi referida como um disparador, devendo o processo de construção do conhecimento ser feito de maneira conjunta e continuada:

> *Eu acho que uma capacitação é um disparador. É um dispositivo pra tu ter... para saber coisas básicas pra fazer. Agora, quando é que tu te sente apto a fazer um aconselhamento com segurança e tranquilidade, é de tanto fazer, é tendo supervisão, é conversando, é tendo com quem dizer das tuas dúvidas, o que tu vai fazer com isso.* (P1).

Matriciamento

Além das capacitações, houve outras ações no processo de matriciamento, como interconsultas, visitas a algumas unidades e trocas via e-mail e telefone. A frequência e continuidade dessas atividades variaram conforme o vínculo laboral das matriciadoras. Com isso, as entrevistadas apresentaram discussões e críticas sobre o desenvolvimento e características do matriciamento na cidade e no estado:

> *Eu acho que as pessoas que foram fazer o matriciamento não sabiam o que era. Elas não tinham ideia do que era o matriciamento. Elas acharam que era fazer um curso e entregar.* (P1).

As entrevistadas referiram ter realizado interconsultas com profissionais da AB no CTA em que trabalhavam:

> *Nós começamos também a realizar trabalho assim de interconsulta na unidade, situações complicadas com relação à testagem, à dificuldade do paciente em lidar com o diagnóstico. A gente também tem intervenções onde a gente trabalha junto com a equipe, onde a gente trabalha aquele usuário, tem situações onde a gente discute com a equipe e a equipe intervém e têm situações onde a equipe intervém junto conosco, são as interconsultas.* (P4).

Algumas equipes de matriciadoras também relataram ter realizado visitas em algumas unidades:

> *Nós éramos cinco ou seis técnicos aqui. A gente planejou da seguinte maneira: nós fizemos visitas a todas as unidades. A gente visitou fisicamente os serviços, né?* (P1).

Outro ponto trazido pelas entrevistadas é que o matriciamento não se configurava como uma prática longitudinal. As matriciadoras relataram:

O ideal seria realmente poder ter, dar continuidade a isso e poder dar esse acompanhamento pra que realmente entre na rotina das pessoas, poder pensar a respeito de sexualidade a respeito de teste rápido, a respeito, sim, se a pessoa pode sair com um diagnóstico daqui. (P5).

Eu entendi como um processo longitudinal, né? Onde a gente ia continuar fazendo essa parceria. É assim que eu entendo o matriciamento, eu acho que é assim que funciona. (P1).

A falta de continuidade também foi associada ao não prosseguimento do trabalho dos profissionais matriciadores, já que alguns foram contratados por um tempo específico.

Então, essas regiões foram matriciadas, implementaram o teste rápido, mas isso acabou com a troca das equipes e tal, isso acabou diminuindo e assim, o que que se tem hoje, a nossa região que é a que mais tá testando. (P7).

Quando nós saímos, ficou sem equipe de matriciamento... então eu não sei como é que ficou depois... eu acho que essas visitas não têm mais sido feitas... (P8).

Destaca-se a associação entre a realização continuada do matriciamento e o aumento do número de testes realizados.

A questão do vínculo laboral e das condições de trabalho, tanto dos matriciadores quanto das equipes de atenção primária, parece ser um elemento transversal, impactando na resposta programática à epidemia.

Aconselhamento

O aconselhamento é uma ferramenta que visa a promoção e prevenção da saúde por meio de um momento de conversa antes da realização do teste e outro pós-teste, para a devolução do resultado. É planejado que seja singular, contemplando a integralidade dos sujeitos que o acessam.

As entrevistadas destacaram que, no espaço para o aconselhamento dentro das capacitações, buscavam trazer os aspectos mais vivenciais em forma de oficinas. As matriciadoras relataram:

Tem-se feito uma fala que é muito de teórica, sobre os princípios do aconselhamento, mas a gente sempre procura também fazer um momento mais vivência, algum momento mais de oficina. (P6).

Então a gente fazia teoria, sim, mas prática, do aconselhamento. Como seria abordar alguém, como seria escutar, ter o feeling da escuta pra poder escutar e se sentir na cena pra poder avaliar. (P2).

A percepção de que grande parte da capacitação estaria centrada na parte prática da execução do teste em detrimento do aconselhamento que, mesmo considerado mais complexo, nem sempre seria privilegiado dentro da política de descentralização se apresentou como um paradoxo:

[...] ou só a questão do aconselhamento mesmo, que era o que os profissionais acabavam falando ter maior dificuldade, porque a técnica em si é simples. (P8).

Todas as entrevistadas mencionaram que o aspecto que consideraram menos contemplado durante as capacitações e em todo o processo de descentralização do teste é o aconselhamento.

Tinha um turno só pra conversar das coisas do aconselhamento, o que falar, o que é importante, bem assim, bem sistematizado. (P3).

Falar do próprio aconselhamento para as pessoas entenderem que aconselhamento não é dar conselho, né? Mas isso a gente conseguiu muito pouco, assim... foi uma das coisas que eu fiquei com

> *aquela sensação de frustração de que eu queria ter conseguido um pouco mais [...].* (P8).

> *[...] formações dentro da tecnologia e do aconselhamento, a gente estava sempre tentando dar conta daquilo, mas parecia que tu tava andando atrás de algo que tu não conseguiria completar.* (P5).

As entrevistadas também criticaram os aspectos que vêm sendo priorizados na implementação da política:

> *A política de testagem foi muito focada para realmente diagnosticar e tratar os positivos e com isso diminuir a circulação de vírus, então por isso que eu chamo de meio americanizado... que se pudesse identificar todo mundo que tem HIV e tratar todo mundo que tem HIV e baixar nossos índices... Que, bem, é uma coisa importante, né, mas eu acho que se valorizou pouco essa ferramenta... de encontrar os positivos e lidar com a epidemia a partir disso.* (P6).

Nesse sentido, a mesma profissional relatou: *"A coisa do aconselhamento entra, assim, parece que é brinde pra quem vai fazer, ah... aprender a fazer a técnica de furar o dedo, fazer o exame"* (P6).

Resistências e possibilidades

A relação entre equipes também foi um ponto trazido nas entrevistas. As matriciadoras citaram dificuldades no trabalho entre os níveis básico e especializado, além das resistências de alguns profissionais e das equipes:

> *Nem todo mundo que a gente estava investindo estava realmente a fim, tinha toda uma questão de sensibilização, e que não é só uma formação, uma capacitação que vai conseguir fazer isso, independentemente dos dias ou do tempo que tu tens.* (P5).

> *Na prática a gente sabe que nem todos vão ter perfil e nunca terão...* (P4).

Outras entrevistadas destacaram que a comunicação entre os diferentes níveis de atenção ainda se constitui como um desafio:

> *É um desafio conversar com a rede básica e a rede básica conseguir conversar com a gente.* (P3).

> *Então as pessoas, as minhas colegas* [matriciadoras] *ficavam assim: 'Ah, mas tu vê! Aquelas pessoas não aprendem como fazer isso* [profissionais da atenção primária]'. *E eu disse: 'Como é que eles vão aprender?' [...] Elas começaram há 15 dias. Há dois meses, entende? 'Ah, mas é uma enfermeira!' Mas é uma enfermeira que nunca trabalhou com Aids. É diferente, né? Foi de ambas as partes* [matriciadores e profissionais da AB], *a má vontade e a incompreensão.* (P1).

> *Nem sempre as equipes* [atenção primária] *nos acolhem da forma como a gente gostaria né?* (P4).

As lógicas e hierarquias entre os diferentes níveis de atenção apareceram como um desafio para o desenvolvimento de um trabalho integrado. Por outro lado, as entrevistadas mencionaram aspectos positivos não só para a AB, mas também para a atenção especializada com o estabelecimento de um vínculo de troca longitudinal entre os dois níveis.

> *Se houvesse o matriciamento, facilitaria o trabalho do CTA. Manteria aquela nossa mão dupla, que a gente tinha com eles, assim, de ao mesmo tempo vocês nos trazem casos novos e a gente devolve pra vocês os casos de pessoas que a gente perdeu.* (P1).

Matriciamento: interior *versus* capital

No próprio processo de capacitação para a realização do teste rápido e aconselhamento, foram verificadas algumas desigualdades territoriais na forma como a capacitação

para o interior do estado foi e vem sendo realizado. Enquanto na capital as matriciadoras relatam realizar a capacitação em média em 20 horas e com possíveis acompanhamentos posteriores às unidades, esta podia acontecer em um dia ou em uma semana no interior:

> *A gente foi em inúmeros municípios, regionais pra capacitar profissionais pra eles se tornarem, na sua regional, capacitadores do... pessoas do teste.* (P2).

> *As minhas participações são todas extremamente pontuais, vai no município, capacita a pessoa, vai embora, mas não volta, não sabe o que aconteceu... teve um momento de pressa, de a gente, 'ah vamos fazer, vamos capacitar todo mundo', então a gente olha pros números, que deve dizer que todos os municípios devem ter alguém capacitado. Acho que isso serve pra dizer, mas agora se essa pessoa realmente está fazendo, ainda está no município e está fazendo de forma correta, a gente não tem conseguido acompanhar isso, e acho que isso dá margem pra muito dúvida, né?* (P6).

Discussão

Um primeiro aspecto a ser destacado é que as participantes entrevistadas compreendiam claramente as diferenças entre capacitação e matriciamento. Na maioria das ações abordadas, o que vinha sendo denominado como matriciamento se restringiu apenas a capacitações pontuais, não havendo longitudinalidade dos acompanhamentos de equipes e serviços em suas singularidades e especificidades.

Em relação às capacitações realizadas, as entrevistadas destacaram a importância de que estas fossem espaços não apenas de transmissão de conhecimentos técnicos e teóricos, mas também espaços de trocas de experiência, de sensibilização e criação de vínculos entre as equipes, a partir da utilização de metodologias participativas e problematizadoras. Assim, as profissionais matriaciadoras buscaram romper com a lógica dicotômica entre teoria e prática em seu trabalho, buscando que estes dois campos de ação operassem de forma integrada nas capacitações (CAMPOS, 2011).

Como foi destacado na introdução, o conceito de dispositivo de Baremblitt (1992) se refere à inserção de recursos externos (no caso do matriciamento de uma equipe) em uma instituição, intervindo na realidade cotidiana e produzindo movimento, alterando as lógicas de gestão e de processos de trabalho. Nesse sentido, uma das entrevistadas referiu que a capacitação atuaria como um disparador importante. No entanto, para que as equipes de atenção primária estivessem suficientemente preparadas, seria necessário um acompanhamento longitudinal dessas equipes, realizando supervisões e discutindo casos nos próprios cotidianos de prática das unidades.

Nessa direção, Franco (2011) destaca que as práticas desenvolvidas pela ESF têm que avançar no sentido da integralidade e no foco em ações menos direcionadas à doença ou à lógica de grupos de risco. Outro aspecto apresentado foi a participação de apenas um profissional de cada equipe, geralmente com formação em enfermagem. Nesse sentido, Campos e Domitti (2007) trazem a importância de que o processo de matriciamento tenha caráter interdisciplinar em ambas as equipes. Para que tal ferramenta se caracterize como um dispositivo, ela deve envolver as equipes como um todo no processo de trabalho e na recepção da nova tecnologia, não se restringindo apenas a capacitar um profissional por equipe. O matriciamento objetiva reduzir a lógica prescritiva de encaminhamentos a partir do seu rompimento já na própria equipe da unidade básica, não hierarquizando e não determinando saberes a partir de formações, fazendo com que os saberes e práticas circulem de forma transversal entre os profissionais. Para que esse

nível de transversalidade seja atingido, o processo formativo da equipe deve acontecer também no território de inserção da nova política, possibilitando que o matriciamento não quebre a rotina e dinâmica de trabalho dos profissionais, mas que a integre.

Cabe destacar que outra dificuldade encontrada pelas equipes matriciadoras foi a alta rotatividade dos profissionais na atenção primária, o que dificultava a continuidade do trabalho realizado. A precariedade da vinculação laboral também pôde ser observada em relação a algumas das profissionais entrevistadas que haviam trabalhado com contrato temporário de apenas 20 horas semanais e que eram responsáveis pelo matriciamento da maior parte das gerências distritais de saúde de Porto Alegre. Entre as entrevistadas, apenas duas seguiam matriciando uma das oito regiões distritais de saúde da cidade que lhes foi designada. Nesse sentido, a resposta à epidemia passa por uma resposta programática do Estado, da construção de um trabalho longitudinal com maior investimento em recursos humanos, tanto na atenção primária quanto na especializada.

Apesar da crítica sobre a predominância do aspecto pontual das capacitações, durante o período em que estava acontecendo o matriciamento das equipes, foi constatada a realização de diferentes atividades de matriciamento, como as visitas às equipes, supervisões e interconsultas. Segundo Campos e Domitti (2007), o apoio matricial implica a construção de um projeto terapêutico integrado, no qual a articulação entre equipe de referência e apoiadores pode se desenvolver em três planos fundamentais: a) interconsultas: atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência; b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber da equipe especializada, este pode programar atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que participaria ativamente das decisões a respeito do usuário e não se descomprometeria com o caso; c) o apoio pode se restringir à troca de conhecimento e de orientações entre equipe de referência e equipe matricial, assim como supervisões e um diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas; nesse plano, são realizadas também palestras e oficinas voltadas para a comunidade do território em questão.

A importância da aproximação dos profissionais da saúde do nível especializado ao território se destaca porque, como enfatizam Campos, Barros e Castro (2004), estes acabam por construir saberes, linguagens e modos de fazer diferentes daqueles vivenciados pelos profissionais da AB. Ambos os níveis de atenção podem dialogar e estabelecer vínculos de corresponsabilidade e cogestão, tendo como objetivo melhorar a saúde dos usuários (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Nesse sentido, traça-se um paralelo com a experiência de matriciamento estudada por Arona (2009). Tratou-se de um processo realizado em quatro unidades básicas de saúde por um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) de um município de pequeno porte do estado de São Paulo. Mesmo os estudos tendo objetivos diferentes, percebeu-se que um matriciamento que abrange a equipe básica como um todo e múltiplas políticas (como é o caso do Nasf) tende a construir uma ação mais horizontal, interdisciplinar e intersetorial e, consequentemente, práticas cogestivas.

As entrevistadas também citaram a questão das desigualdades nas capacitações e no matriciamento realizados na capital e no interior do estado. Fora da capital, o que se chamou de matriciamento ficou restrito a capacitações pontuais com um número de horas mais restrito. Assim como foi exposto anteriormente, as capacitações podem ser uma das atividades do matriciamento, mas apenas a capacitação pontual não se configura como matriciamento, já que este deve ser um acompanhamento longitudinal. A lógica dos números e da cobertura das equipes

matriciadas foi questionada em um sentido mais amplo, em termos de efetividade da intervenção. As desigualdades territoriais possuem, segundo Assis e Jesus (2012), um caráter multidimensional, com aspectos sociais e políticos presentes na forma como as políticas de saúde são implementadas.

Um paradoxo destacado pelas entrevistadas é que apesar da maior ênfase das capacitações serem na parte técnica, para a realização do teste rápido, o que elas consideravam mais complexo de ser realizado pelos profissionais da atenção primária era o aconselhamento. O aconselhamento em HIV e Aids é entendido como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no usuário. Está atravessado pelo estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional da saúde e o usuário, utilizando-se de recurso próprios do usuário para que tenha condições de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação. No âmbito de HIV/Aids, o aconselhamento está pautado sob três componentes: 1) apoio emocional; 2) apoio educativo, no qual há troca de informações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e HIV/Aids, e suas formas de transmissão, prevenção e tratamento; e 3) avaliação de riscos, na qual se faz uma reflexão sobre valores, atitudes e condutas, incluindo-se uma estratégia para a redução de riscos (BRASIL, 2003, 2005). Em relação a HIV/Aids, o aconselhamento deve abarcar as singularidades do sujeito, incluindo suas práticas, não devendo ter caráter prescritivo.

As entrevistadas mencionaram um sentimento de frustração em relação ao espaço dado ao aconselhamento dentro das capacitações e também do matriciamento de forma geral. Uma delas falou sobre o aconselhamento ser como um 'brinde'. A noção de 'brinde' deixa clara a priorização das tecnologias de trabalho consideradas duras em detrimento às tecnologias consideradas leves. Segundo Mehry (2002), as tecnologias duras em saúde podem ser consideradas as ferramentas de trabalho associados à tecnologia, como, por exemplo, um teste diagnóstico. Já as tecnologias leves permitem a construção de vínculos, de confiança, sendo possível captar a singularidade e os modos de viver de cada usuário. Para o autor, é na relação do encontro, no trabalho vivo, que o usuário pode agir e interagir. Pelo modo como as lógicas de poder (políticas, técnicas e administrativas) operam, ainda existe uma tendência a priorizar as tecnologias mais duras e leve-duras, mais estruturadas.

A centralidade do diagnóstico, apesar de sua importância dentro do contexto atual da epidemia, responde a um modelo de saúde biomédico centrado na doença, no qual a prevenção e a promoção acabam sendo secundarizadas em prol de estratégias de cuidado denominadas 'americanizadas' por uma das participantes. Essas estratégias visam atingir massivamente a população, padronizando ou desconsiderando, por vezes, intervenções como o aconselhamento, acabando por não respeitar a singularidade do sujeito. Tal lógica de ação e gestão da política do teste rápido com ênfase no diagnóstico contraria o princípio de integralidade no cuidado no SUS.

Campos, Barros e Castro (2004) referem que o modelo de atenção de promoção à saúde deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais apenas da doença, buscando produzir autonomia durante o processo de cuidado em saúde. Nesse sentido, o aconselhamento enquanto tecnologia leve e relacional torna-se um espaço para promoção e prevenção em saúde, no qual o próprio usuário pode avaliar os seus riscos e buscar estratégias de cuidado de si, apresentando-se como uma ferramenta potente para produção de autonomia.

As participantes também falaram sobre a dificuldade do trabalho entre os diferentes níveis de atenção: especializada e primária. Assim como destacam Campos e Domitti (2007), um dos desafios do matriciamento é romper com a lógica hierarquizada entre os diferentes níveis de atenção dentro do SUS,

buscando desenvolver uma lógica de corresponsabilização e de horizontalidade das relações. Para que se atinja essa configuração e relação de trabalho, o autor pauta a importância de que a relação estabelecida seja também contínua e sistemática, possibilitando a criação de vínculos entre as equipes e estabelecendo uma parceria transversal e longitudinal entre os níveis hierárquicos da rede.

Cabe destacar que o matriciamento pode ser considerado um dispositivo importante por assegurar retaguarda assistencial especializada e dar suporte técnico às equipes, propiciando que barreiras sejam rompidas e conexões sejam feitas. Campos e Domitti (2007) afirmam que, para ampliar a possibilidade de realizar clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões, deve-se utilizar o apoio matricial. Segundo Campos (2011), o apoio matricial é uma práxis, e não somente uma tecnologia ou ferramenta. É um método dialético, uma constelação de conceitos que podem ser combinados de várias maneiras conforme o objetivo e a especificidade do caso.

Outro aspecto a ser destacado é que as entrevistadas apresentaram um conhecimento profundo sobre o SUS e sobre a tecnologia do matriciamento, mostrando-se muito politizadas ante as suas práticas. Dessa forma, conseguiram fazer uma avaliação tanto dos aspectos positivos quanto dos negativos em relação ao matriciamento, colocando-se como atores sociais e agentes políticos que não apenas executavam ações e políticas, mas também que avaliavam seus avanços e os desdobramentos macro e micropolíticos. Granjeiro, Silva e Teixeira (2009) destacam que entre os aspectos positivos da resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids está o caráter politizado e de participação e controle social, tanto dos movimentos sociais como dos trabalhadores em saúde, potencialidades estas que devem ser tanto reconhecidas como legitimadas.

Entre as limitações do estudo, está o fato de que o matriciamento foi analisado em apenas um estado do País. Futuros estudos devem ampliar essa análise para outras regiões, bem como avaliar o impacto do matriciamento realizado de forma longitudinal na realização de aconselhamentos e testes rápidos no contexto da atenção primária.

Considerações finais

Porto Alegre é uma das cidades pioneiras no Brasil na descentralização do teste rápido e do aconselhamento para a rede básica de atenção à saúde. Assim, os resultados e as experiências apresentadas nesta pesquisa podem servir como um disparador para outros contextos nos quais a descentralização esteja sendo implementada.

A partir das entrevistas com as matriciadoras, observa-se uma série de avanços associados à utilização do matriciamento como gatilho de novas lógicas de cuidado. Muitos dos aspectos expostos como relevantes no matriciamento, como as capacitações, interconsultas, supervisões e acompanhamento das equipes, foram postos em práticas no momento inicial da implementação do teste na rede. Os relatos e estratégias utilizadas pelas equipes de matriciamento permitem observar como desenvolver estratégias de educação permanente em saúde nos cotidianos de trabalho e como construir lógicas de trabalho mais horizontais entre as equipes especializadas e as equipes de AB.

Entre os aspectos negativos destacados, estão que o matriciamento muitas vezes ficou restrito apenas a capacitações pontuais. A partir dessas colocações, destaca-se a importância de que o matriciamento, com todas as suas potencialidades, seja utilizado de forma transversal e longitudinal no acompanhamento das equipes de AB, para garantir um aconselhamento e um diagnóstico de qualidade para os usuários. ■

Referências

ARONA, E. C. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. *Saúde & Sociedade,* São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 26-36, mar. 2009.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, nov. 2012.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70, 2011.

BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional* e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

BONFIM, I. G. *et al*. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface,* Botucatu, v. 17, n. 45, p. 287-300, jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico:* AIDS e DST. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology,* Londres, v. 3, n. 2, p. 77-101. 2006.

CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciência e Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3033-3040, 2011.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em Saúde:* um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar, 1998.

CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, set. 2004.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para a gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007.

CONILL, E. M. Histórico sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização dos serviços básicos e da Estratégia de Saúde da família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 24, 2008.

FRANCO, F. A. *Atenção integral ao HIV/AIDS:* para além da referência e contrarreferência. 2011. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

GRANGEIRO, A.; SILVA, L. L.; TEIXEIRA, P. R. Resposta à Aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Revista Panamericana de Salud Pública,* v. 2, n.1 p. 87-94, 2009.

HAAG, C. B.; GONÇALVES, T. R.; BARCELLOS, N. T. Gestão e processos de trabalho nos Centros de Testagem e Aconselhamento de Porto Alegre-RS na perspectiva de seus aconselhadores. *Physis: Revista de Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 723-739, set. 2013.

MEHRY, E. E. *Saúde:* Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

Recebido para publicação em outubro de 2015
Versão final em fevereiro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Edital Universal nº 482051/2013-2

Economia moral e modelos de atenção no cuidado com gestantes que usam *crack*

Moral economy and care models in the care of pregnant women who use crack

Fernanda dos Santos de Macedo[1], Paula Sandrine Machado[2]

RESUMO Este artigo resultou de uma pesquisa etnográfica sobre a atenção a gestantes que usam *crack*, tomando como fio analítico-conceitual a noção de economia moral. A etnografia foi realizada em dois serviços públicos de saúde (Hospital e Consultório na Rua). Visou-se analisar uma das dimensões que conformam a economia moral, os elementos referentes aos modelos de atenção e como esses são enfatizados e atualizados nos serviços. Percebeu-se que elementos dos modelos, ao serem acionados nos serviços, influenciam as práticas de cuidado, refletindo na percepção e posicionamento das equipes diante da relação com as gestantes, bem como do tratamento e direitos delas e de seus bebês.

PALAVRAS-CHAVE Gestantes; Cocaína *crack;* Atenção à saúde.

ABSTRACT *This article results from an ethnographic research about the care of pregnant women who use crack, using as the central conceptual operator the notion of moral economy. Ethnography was developed in two public health services. The goal was to analyzed one of the dimensions that conform to moral economy, the elements relating to models of care, and how those are emphasized and updated in services. It was noted that when elements of the models are triggered in service, they may influence care practices, reflecting in the health staff perception and positioning before the relationship with pregnant women, as well as the treatment and their rights and the rights of their babies.*

KEYWORDS *Pregnant women; Crack cocaine; Health care (Public health).*

[1] Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional – Porto Alegre (RS), Brasil. *fernandamacedo.fsm@gmail.com*

[2] Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social e Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional – Porto Alegre (RS), Brasil. *machadops@gmail.com*

 DOI: 10.1590/0103-1104201610903

Introdução

Neste artigo, apresentam-se alguns resultados que integram uma pesquisa mais ampla, cujo objetivo foi analisar como opera a economia moral nas cenas de cuidado em relação à atenção a gestantes que fazem uso de *crack* em dois serviços de saúde no estado do Rio Grande do Sul. A economia moral, segundo Didier Fassin (2014), diz respeito às dimensões acionadas nos processos de valoração e hierarquização da noção de cidadania que conformam os tratamentos direcionados às vidas. Sendo assim, tal análise permitiu observar as articulações entre moralidades no campo das drogas e de gênero que conformam as práticas direcionadas às gestantes que usam *crack*, como as propostas terapêuticas, as escolhas reprodutivas e a avaliação e investimento na relação da mulher com seus/suas filhos/as.

Compreende-se que, nos contextos de saúde pesquisados, a economia moral é conformada pela inter-relação de dimensões de reflexão, sendo elas: elementos atinentes aos modelos de atenção enfatizados nos serviços – que correspondem ao contexto institucional e a pressupostos ético-políticos de cuidado; grupo social – no que diz respeito aos valores e princípios compartilhados como certos ou errados na equipe e/ou na sociedade e, igualmente, pelos aspectos individuais dos/as profissionais – experiências pessoais e profissionais. Neste momento, analisar-se-á a dimensão referente aos modelos de atenção – apresentados nesse contexto como modelo com ênfase hospitalar e modelo com ênfase psicossocial, posto que se tem como hipótese que o modo como são operacionalizados tais modelos também informa a economia moral.

O debate acerca dos modelos de atenção à saúde no Brasil reporta à transformação no sistema de saúde proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária (MRS), associando-se ao processo de elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, a bibliografia sobre essa questão é ampla, como pode ser visto em Carmen Teixeira e Jorge Solla (2006) e Jairnilson Paim (2008). Neste artigo, o foco é considerar que as políticas de saúde no Brasil podem ser expressas por meio de modelos de atenção, que incitam práticas de cuidado. Como o objeto da pesquisa de que trata este artigo foi analisar a atenção a gestantes que usam *crack*, busca-se situar as práticas profissionais direcionadas a elas em lógicas de saúde mais amplas, isto é, analisar de que modo os serviços acionam em maior ou menor medida elementos de um determinado modelo e, ainda, por vezes, como transitam entre eles.

Com a reforma psiquiátrica, iniciou-se a discussão nas políticas públicas sobre abordar uso e abuso de álcool e outras drogas de modo a oferecer atenção integral e integrada em diferentes áreas e levando-se em conta a complexidade do cuidado (CFP, 2013). O redirecionamento da assistência em saúde mental no País privilegia o tratamento em serviços abertos, não hospitalares e de base comunitária. Desse modo, a adoção do paradigma da Redução de Danos (RD) nas políticas de saúde e socioassistenciais impulsiona o desenvolvimento de práticas de cuidado que partem da defesa dos direitos humanos das pessoas que fazem uso de drogas (BRASIL, 2003B).

Em contrapartida, programas baseados na internação em hospitais ou comunidades terapêuticas demonstram que, no Brasil, coexistem práticas de atenção à saúde respaldadas em uma visão hospitalocêntrica e estratégias baseadas na perspectiva psicossocial. Sendo assim, tais políticas e medidas implementadas contribuem para acirrar a tensão política, econômica e social que engloba a atenção a pessoas que fazem uso de *crack* no País. Todavia, no âmbito das práticas cotidianas em saúde, as políticas e medidas vigentes são acionadas pelos/as profissionais de saúde conforme as percepções diante do caso, por isso merecem uma reflexão a partir de suas nuances e controvérsias.

A discussão elaborada por Priscila Barroso (2013) sustentará as análises do presente artigo no que se refere aos modelos de atenção a pessoas que fazem uso de drogas. Em sua pesquisa sobre a intervenção e tratamento direcionados a usuários de drogas, a autora destaca os seguintes modelos: 1) modelo de atenção com ênfase hospitalar; e 2) modelo de atenção com ênfase psicossocial. Segundo ela, não se trata de pensá-los enquanto estáticos e coesos, pois são tensionados pela sociedade e pelos atores neles inseridos (profissionais, usuárias/os) e, portanto, atualizam-se na prática. O que principalmente interessa na pesquisa de Barroso (2013) é analisar de que forma os elementos das propostas (desintoxicação, reinserção social, prescrição de medicamentos e abordagem multidisciplinar) são acionados pelos/as profissionais para compor cada modelo da rede de atenção a usuários/as de drogas.

Emerson Merhy (1998) também se dedica a refletir acerca de modelos de atenção à saúde como modos de produzir saúde. Argumenta que a produção do cuidado se centra na micropolítica do trabalho vivo em ato. Portanto, a partir da análise dos processos cotidianos do trabalho, evidencia-se a produção de vozes, escutas, silêncios expressos em formas definidas por/em modelos de atenção. Revelar as lógicas que operam nos processos de trabalho em saúde – na dimensão relacional – contribui na percepção sobre os significados ético-políticos envolvidos nesse processo.

Para Merhy (2004), além da combinação de tecnologias que conforma modelos de atenção, há nesses uma dimensão cultural, ética e política. Assim, segundo o autor, os modos tecnológicos de atuar em saúde são definidos e organizados a partir de forças sociais. Visto que tais forças direcionam interesses naquilo que se está produzindo no setor saúde, é evidente que as conformações tecnológicas são implicadas social e politicamente. Logo, tal discussão enuncia sobre modelos de atenção em saúde que apontam para pressupostos ético-políticos acionados nas decisões e ações cotidianas dos profissionais. Isto é, no que tange à atenção a gestantes que usam *crack*, a produção do cuidado e as decisões que são tomadas em relação a elas inscrevem-se nas lógicas de saúde e propostas terapêuticas produzidas nesses e por esses modelos.

A pesquisa a qual se refere este artigo foi motivada pelo crescente debate acerca da dita epidemia de *crack* no País, bem como pelas reverberações que a inserção do feminino causou nesses debates. Isto é, afastou-se a díade *crack*/criminalidade, que fora recorrente nos discursos midiáticos analisados em estudo anterior, no qual o perfil era predominantemente de homens jovens (ROSO *ET AL.*, 2013), e passou-se a vincular o uso de *crack* a um problema de saúde pública, quando esse uso era feito por mulheres, especialmente quando essas estavam grávidas (MACEDO; ROSO; LARA, 2015). A Política Nacional sobre Drogas vigente em 2005 evidenciava a ausência de propostas que se ocupassem da atenção a mulheres no campo das drogas.

Tendo em vista os significados atribuídos ao uso de *crack* por mulheres e as políticas públicas direcionadas a elas, considera-se importante atentar para como as equipes de saúde, que atuam como porta-vozes das políticas públicas, pensam e desenvolvem práticas de cuidado, sobretudo quando se concebe a saúde pública enquanto produção social. Didier Fassin (2004) rejeita uma noção de saúde pública preexistente e a considera enquanto reconstrução diária e local de práticas. Assim, auxilia a pensar as configurações plurais de saúde pública que se alternam em cada contexto social.

Fassin (2013) empenha-se em analisar as situações e práticas cotidianas, observando-as no contexo social e político mais amplo que as tornou possíveis. Sendo assim, ao abordar a questão da atenção à saúde de gestantes que usam *crack*, entende-se ser crucial compreender de que modo as características dos

modelos de atenção conformam práticas profissionais e, ao mesmo tempo, como esses atores tensionam tais modelos. Portanto, expor-se-ão situações em que se percebe que as características atinentes aos modelos conformaram modos de prestar o cuidado e influenciaram na construção das propostas terapêuticas. A análise foi conduzida pela observação de dois aspectos que se evidenciaram na produção desse cuidado: as concepções sobre drogas e o vínculo.

Método

Este artigo resulta de uma pesquisa etnográfica realizada em dois serviços de saúde do estado do Rio Grande do Sul: uma Unidade de Internação Psiquiátrica em um hospital e um Consultório na Rua. Ambos integram a rede municipal de saúde e oferecem integralmente atendimento pelo SUS. São compostos por equipes multidisciplinares, e, entre o público para o qual são referência, estão as gestantes que usam drogas.

A etnografia configurou-se por um trabalho de campo[1] de aproximadamente três meses, realizado pela primeira autora deste artigo, que acompanhou o cotidiano dos serviços, principalmente, as atividades e atendimentos referentes às gestantes que usam *crack*. O corpus analítico do estudo configurou-se a partir de observações-participantes, relatos em diário de campo, análise de prontuários das gestantes e de entrevistas semiestruturadas com seis profissionais, três de cada serviço. Os/as profissionais entrevistados/as foram escolhidos em função: 1) da percepção sobre a relação desses/as profissionais com o cuidado às gestantes que usam *crack* (engajamento no caso, frequência dos atendimentos, ser referência para uma usuária/paciente); 2) do cargo exercido, ou seja, aqueles que possuem tarefas de coordenação das equipes, longa trajetória com esse trabalho; e, ainda, 3) da relação da pesquisadora com cada profissional, o que influenciou no convite e aceite.

Essa pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o parecer nº 1.096.658, bem como pelos CEPs dos serviços onde foi realizado o trabalho de campo de acordo com a legislação e normativas vigentes.

Resultados e discussão

A pesquisa em diferentes serviços possibilitou a análise de como são articuladas na rede de saúde as práticas de atenção a gestantes que usam *crack*, em momentos, ou níveis, distintos: prevenção, pré-natal, internação, perinatal. Considera-se que os serviços estudados acionam diferentes perspectivas ético-políticas sobre cuidado e, ao contrastá-los, ampliou-se a percepção sobre a efetivação desse cuidado e de que forma as/os profissionais agenciam diretrizes institucionais, pressupostos científicos e teóricos, 'evidências' e princípios morais. Identificaram-se dois modelos que operam o cuidado de formas diferentes e que, por vezes, conectam-se em rede. Como o intuito neste escrito é apresentar os aspectos que se destacam em cada serviço, sem necessariamente compará-los, passa-se a descrevê-los e analisá-los separadamente.

O Consultório na Rua

O Consultório na Rua (CR) é compreendido neste estudo como inscrito no modelo de atenção com ênfase psicossocial, posto que integra o componente 'atenção básica' da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011), e, também, por ter como diretriz desenvolver o cuidado no território, integrado ao contexto dos sujeitos. Dessa forma, o CR presta atendimento inicial, encaminhando as questões que ultrapassam sua capacidade resolutiva para outro nível de atenção do sistema.

[1] O trabalho de campo foi realizado com objetivo de produção da dissertação de Mestrado: 'A Economia Moral na atenção a gestantes que usam *crack*: uma análise das práticas cotidianas de cuidado', de autoria da primeira autora sob orientação da segunda autora.

Assim como o serviço que Barroso (2013) relaciona ao modelo de atenção psicossocial, o CR enfatiza o acolhimento do/da usuária/o a partir do atendimento ambulatorial.

Esse serviço foi estabelecido para atender às demandas de saúde da população em situação de rua, incluindo as pessoas em sofrimento decorrente de transtorno mental, consumo de *crack*, álcool e outras drogas, adotando a RD em suas abordagens (BRASIL, 2012). O trabalho no CR combina uma proposta de trabalho coletivo com a das consultas por profissional específico. Isso é evidenciado na comparação entre o atendimento 'na rua' e 'na base'. Quando os/as profissionais estão na base, o espaço que existe são pequenas salas onde o acolhimento e atendimento ao/à usuário/a é realizado por um/a profissional por vez; ao passo que, na rua, o que se propõe como acolhimento humanizado (BRASIL, 2003A) é feito desde quando os profissionais descem da Kombi (meio de transporte utilizado): a equipe aproxima-se junta, escuta, conversa e oferece o atendimento. Nos trajetos entre um lugar e outro, na Kombi, a equipe reflete e debate sobre os casos conjuntamente.

Uma noção central nos atendimentos às gestantes que usam *crack* nesse serviço é o vínculo, o qual opera como elemento considerado fundamental para uma prática eficaz, para a adesão ao tratamento, mas também central para a noção de justiça acionada pelos/as profissionais. Nas descrições que seguem, busca-se evidenciar que o vínculo é entendido pelos/as profissionais como aspecto que possibilita a aproximação e o desenrolar do trabalho com as gestantes e permite avaliar os casos atendidos. Ainda, destaca-se que o modo de vínculo construído no CR é oportunizado pela estruturação da proposta desse serviço que requer uma aproximação dos/as profissionais às realidades e contextos de vida das pessoas.

Os/as profissionais referem que o primeiro contato é geralmente realizado na rua, quando encontram as mulheres grávidas, às vezes por acaso, outras por serem acionados por serviços ou pelas próprias pessoas que vivem na rua. Esse primeiro momento é denominado de 'captação':

> *É, sim, seria diferente porque na busca ativa a gente sabe o motivo, porque você está procurando o seu paciente. Na captação... às vezes, o que acontece, por exemplo, a gente vê a mulher, vê que está com sua barriga, então fala 'olha, mas você está grávida?', 'Ah, não sei, será?' 'Vamos fazer um teste'. Ou mesmo ela: 'Ah, eu acho que estou grávida, eu queria fazer um teste'. Tipo assim, ou a gente pergunta. Faz um teste, fizemos o primeiro contato e ali então a gente faz a captação. [...] Depois, a gente sempre trabalha com o vínculo, até porque muitas pacientes não são conhecidas, muitas pacientes não acessam o serviço, lembrando que aqui no consultório a maioria da porcentagem é de homens e não de mulheres.* (Fabiane, Profissional de Saúde – CR).

Os primeiros contatos com as gestantes também apontam para o vínculo como uma estratégia que sustenta o trabalho no CR. Naquele espaço, percebe-se que o vínculo traduz proximidade, confiança e afeto, enquanto sua ausência, um certo distanciamento. Ele é acionado nos discursos das/os profissionais ao falarem sobre o relacionamento com as usuárias[2], mas salientam que é algo construído com o tempo. Ao contar sobre os atendimentos realizados com as gestantes que usam *crack* e outras drogas, Fabiane relatou a dificuldade que foi no início para a equipe criar um vínculo com uma das gestantes atendidas, Renata. Ela conta que passou semanas indo onde a usuária ficava, oferecendo o serviço, e, aos poucos, foram criando vínculo. Assim, menciona: *"Que serviço que faz isso?"*.

O estabelecimento do vínculo ocorre, sobretudo, com a equipe e concentra-se na figura de um/a ou outro/a profissional, que se torna referência para a usuária. O caso de Renata ilustra a relação com a profissional de referência, que, nesse caso, foi uma

[2] Serão utilizados os termos 'usuária' ou 'dependente química', fazendo referência ao uso êmico, ou seja, feito pelas pessoas nos contextos pesquisados, ou remetendo ao emprego feito por alguma referência teórica utilizada. Na apropriação, optou-se pelo uso de 'gestantes que usam *crack*'.

das técnicas de enfermagem. Ao chegar no serviço, Renata já perguntava por essa técnica, a qual, mesmo não estando na função de acolhimento, sentava com a gestante em uma sala para conversarem desde questões relacionadas à gravidez, ao filho, ao seu tratamento, até as suas angústias e reclamações. Ainda, a técnica entregava os remédios e combinava com Renata o retorno ao CR e as consultas em outros serviços. Diversas vezes essa técnica lembrava à equipe ações relacionadas à Renata que precisavam ser realizadas, além de acompanhá-la nos atendimentos em outros serviços.

Devido às características do modelo de atenção com ênfase psicossocial – especialmente o atendimento no território e a diversificação de estratégias de cuidado que contemplem a participação de usuários/as –, no CR é quase impossível que os/as profissionais não se conectem com as vidas das gestantes. Realizar um atendimento no contexto de vida dos sujeitos, conhecendo suas redes sociais, circulando e convivendo com usuários/as em outros espaços (como a rua, serviços de saúde ou assistência social, Centros POPs – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua), possibilita aos/às profissionais uma percepção diferente daquelas pessoas do que seria se as vissem apenas no serviço (base). Desse modo, os/as profissionais percebem que existem muitas situações complicadas e produtoras de sofrimentos, e a droga não é a principal questão naquela(s) vida(s). Por conseguinte, essa aproximação ao contexto e o vínculo permitem outra relação entre profissionais e usuárias, o que reverbera em quais/como são propostas as estratégias de tratamento e como são consideradas as mulheres e a maternidade nesse contexto.

Nesse serviço, as concepções sobre drogas são entendidas em processo, pois os/as profissionais consideram que há determinados contextos e momentos que fazem a pessoa ficar mais propensa ao uso. Por isso, procuram, ainda, compreender o que se torna um problema para cada pessoa devido aos usos. A RD é adotada como proposta terapêutica não só por ser diretriz institucional, mas também porque é o modo como entendem ser possível realizar o cuidado com aquela população. A experiência do trabalho na rua, próximo ao contexto de vida das pessoas, escancara suas condições, e o vínculo construído entre profissionais e usuárias abre espaço para que conheçam suas histórias, desejos e preocupações, guinando nova direção à atenção à saúde. Um cuidado que visa à integralidade e, para isso, trabalha a partir da relação estabelecida entre profissional e usuária.

Contudo, quando se trata de uma gestante, a noção de RD entra em conflito, pois em comparação a demais usuários/as do serviço, pensar e desenvolver ações de cuidado a uma mulher que está grávida e faz uso de *crack* exige da equipe reflexão e superação de preconceitos. Esse conflito e constrangimento moral se conformam a partir das concepções que as/os profissionais do CR possuem sobre ser mãe e também devido à preocupação com a situação das crianças. Tais questões são discutidas e repensadas em grupo. Desse modo, no seguinte trecho de entrevista, um profissional aponta que a RD sustenta um modo de trabalhar com as gestantes usuárias de *crack* que produz resultados, porém implica um posicionamento ético-político sobre cuidado:

> *E eu era a única pessoa do Consultório na Rua que tinha um vínculo com ela e consegui fazer alguns avanços. Mas era sempre no tempo dela porque na maioria das vezes que eu chegava pra conversar ela estava noiada; ela conseguiu fazer duas doses de penicilina – de benzetacil – pro tratamento da sífilis; ela conseguiu fazer algumas consultas de pré-natal, mas eu fazia essas consultas sempre debaixo do viaduto. Mas conseguia levar ela pra fazer exames laboratoriais, ela fazia ecografia, mas tudo isso sempre respeitando também a vontade dela de usar crack. Não que isso seja algo simples pra ti enquanto cuidador. E daí a perspectiva de Redução de Danos*

> *te ajuda muito a pensar, e a tomar uma decisão sobre o caso. Pode ser que essa gestante – que foi a primeira que eu cuidei, que era usuária de crack – a gente tivesse feito uma internação compulsória pra ela, só que, como é Consultório na Rua, e trabalhar na rua estamos bastante expostos, também a versão dos usuários sobre o nosso trabalho, qualquer medida nesse sentido, ela percorre... toda a cidade. E daí a gente vai ser a equipe que interna gestantes contra a sua vontade, ainda mais uma pessoa ligada ao tráfico. E aí não se trata de medo – de modo nenhum. Se trata de saber que outras mulheres vão aparecer, que outras gestantes vão chegar até o nosso serviço e elas precisam confiar que a gente vai fazer de tudo, o possível para respeitar a suas liberdades individuais. Mesmo que isso nos cause angústia.* (Pedro, Profissional de Saúde – CR).

Nesse espaço onde as histórias pessoais e os contextos de vida se mostram tão evidentes aos profissionais, a ideia de abstinência revela-se precária. Por mais que muitas vezes sejam contrários ao uso de drogas, especialmente, por gestantes, encontram novos modos de significar os motivos do uso e estratégias para trabalhar com as usuárias, compreendendo que é o melhor que pode ser feito. Ter uma orientação da proposta da RD não quer dizer que os/as profissionais não orientem sobre parar o uso de *crack*, álcool e outras drogas. Constroem projetos terapêuticos com as usuárias baseados em suas histórias, condições de vida, necessidades e desejos, mas consideram as particularidades em ser gestante, que impelem determinados procedimentos padrões, como a realização do pré-natal. De modo geral, as orientações e construção de estratégias de tratamento ocorrem por meio de conversas, na consulta na base ou ação na rua, em que discutem como a gestante se sente, o que a está incomodando, orientam sobre os riscos, sobre as patologias e, por fim, pensam modos de cuidado, como vai pegar o medicamento, como e quais serviços acessar.

Na medida em que os profissionais também são afetados por esse contexto, é como se o plano terapêutico os implicasse diretamente. Desse modo, quando algo não sai como o esperado, por exemplo, uma usuária 'não adere' às propostas, também é sentido mais profundamente pela equipe. O insucesso terapêutico é, muitas vezes, entendido como um insucesso dessa relação. A equipe parece desenvolver práticas diferenciadas de atenção ao seu público, o que poderia levar equipe e usuária a vincular-se mais, porém, poderia também criar expectativas. O/a profissional, no lugar de cuidador/a, pode, assim, pensar que 'sabe o que é melhor', esperar que a gestante 'contribua', ou até retribua, fazendo 'o certo'. As ações das usuárias são lidas dentro desse vínculo que, além de formal, é percebido como afetivo, havendo possibilidade de relações de confiança que se traduzem em investimento no tratamento da gestante e em sua relação com o/a filho/a. Ainda, os/as profissionais percebem que a RD é uma estratégia que possibilita que a gestante se vincule ao serviço, aceite ser cuidada e realize o pré-natal. Enfim, o vínculo entre gestante e equipe, além de propiciar um cuidado mais próximo, também influencia no investimento que a equipe faz para que a mulher e seu companheiro tenham uma organização para permanecerem com o/a filho: arrumar um lugar para ficar ou pelo menos dormir (abrigo, albergue, aluguel social ou casa de algum parente) e prestar os cuidados básicos a essa criança (como saúde, alimentação, necessidades fisiológicas).

Desse modo, o CR além de responder a demandas construídas na lógica de saúde comunitária – evidenciando o sujeito e seu contexto social – também produz modos de ser profissional. Isto é, nesse espaço, as políticas públicas tensionam modos de ser profissional: por um lado propõe-se um cuidado para a autonomia, possuindo a RD como estratégia de tratamento; por outro, há diretrizes do Ministério da Saúde para um pré-natal ideal, exigência da rede de proteção à infância.

Unidade de Internação Psiquiátrica

A Unidade de Internação Psiquiátrica (UIP) onde se realizou o trabalho de campo inscreve-se no modelo de atenção com ênfase hospitalar, já que é justamente voltada ao atendimento no âmbito hospitalar. A UIP faz parte de um hospital que é referência no estado para atenção à saúde de mulheres e de crianças. Nesse local, há cerca de 24 leitos psiquiátricos, sendo cinco para gestantes internadas com diagnóstico de dependência química, configurando o motivo da internação como 'risco ao concepto'. Ao passo que o uso de drogas é inscrito como doença pelos discursos circulantes no hospital, pretende-se circunstanciar essa concepção de uso de droga enquanto aspecto que orienta práticas profissionais.

A proposta de tratamento para gestantes é de internação de 28 dias para desintoxicação. Contudo, os profissionais relatam que algumas acabam ficando mais tempo por questões sociais, isto é, por não haver um local protegido para elas permanecerem até ganhar o bebê; tampouco a família fornece suporte para que elas se mantenham em casa. Em um dos *rounds*[3], as profissionais ressaltam que a UIP é um local para internação de curta duração, compreendida como desintoxicação, inclusive porque é alto o custo de manter uma paciente na internação psiquiátrica. Referem que ali não é o lugar para uma paciente ficar porque não tem para onde ir, no entanto, ressaltam que *"não há local adequado para dependente química"* (DIÁRIO DE CAMPO H - 01/09/15).

Sendo assim, a permanência das gestantes na internação psiquiátrica até ganharem os filhos/as é justificada pelo intuito de proteção ao concepto. O que é entendido como fundamental, ainda mais por se tratar de um hospital amigo da criança:

> *[...] por ser o hospital Amigo da Criança, [...] nós já fomos chamados lá, a gente tem todo um compromisso selado, escrito, a secretaria de saúde tem de que as mães gestantes dependentes químicas, os bebês, as questões com relação ao bebê têm que ser obrigatoriamente encaminhadas para o Juizado da Infância e Juventude pra ser monitorados pelo juizado.* (Anelise, Profissional de Saúde – H).

Contudo, o viés de proteção ao concepto também gera questionamentos sobre o tratamento oferecido às mulheres. A ponderação sobre a motivação como central no programa de tratamento é apontada por Bento:

> *Aqui tu não tem como fazer isso, então a paciente pode estar super desmotivada, ser agressiva com a equipe, ser agressiva com ela mesma, mas tu tem que proteger o concepto, então tu meio que esquece a dependência química e fica preservando o concepto. Então, tu não tem como mandar embora uma gestante que tu sabe que vai usar, então ela fica aqui contra a vontade dela, sem aproveitar o tratamento, basicamente esperando o parto, e isso não é um tratamento, mais um modo de resguardar a saúde do bebê.* (Bento, Profissional de Saúde – H).

Como o tratamento é voltado para a abstinência, a consecução dessa opera como um marcador para a avaliação de que a mulher pode ficar com seu/sua filho/a. Logo após esses bebês nascerem, há uma audiência em que o/a Juiz/a do Juizado da Infância e Juventude decide sobre a guarda dessa criança, informada por relatório da assistência social e laudos médicos. Um dos casos considerados sucesso que uma profissional relatou é o de uma mulher que foi para uma pensão protegida (lugar fechado) e depois de um ano continua lá com o bebê, e abstinente.

Os discursos correntes na UIP inscrevem o uso de drogas enquanto doença e, portanto, utilizam a denominação de dependência química. O entendimento enquanto uma doença *"com bases neurofisiológicas"* (Bento, Profissional de Saúde – H) adquirido pelo estudo ou trabalho na unidade é

[3] *Round* é o momento em que a equipe se reúne para discutir os casos.

contrastada com a concepção de que o uso de drogas é um vício que se desejou ter:

> *Entender as coisas como sintomas, e o contexto do paciente como pré-disposição, que ele tem um maior risco de usar, um maior risco de ter uma parte continuada de uso.* (Bento, Profissional de Saúde – H).

Logo, a internação também é justificada como proteção a alguém que não consegue exercer esse cuidado sobre si, nesse caso sobre outro também.

Sob a perspectiva do uso de drogas como doença, um passo importante para se adequar às normas e ter uma vida regrada, civilizada – no julgamento dos/as profissionais de saúde –, é a desintoxicação (BARROSO; KNAUTH; MACHADO, 2014). As autoras observam que, nessa concepção de cuidado, a não adesão ao tratamento é considerada desinteresse em cuidar de si e que resulta de um processo de passividade de um sujeito que se deixou dominar pela droga e isto terá consequências na sua relação com o serviço de saúde. A proposta de abstinência camufla as singularidades dos usos de *crack*, e das pessoas, na medida em que se baseia em uma homogeneização das experiências de uso. Aliada ao contexto de relacionamento entre profissionais e usuárias limitado ao hospital, a homogeneização dos usos ofusca a percepção dos/as profissionais ante as situações que particularizam as gestantes.

O discurso médico da 'dependência química' instituiu a noção de uso de drogas como uma 'doença crônica', logo, incurável (ROMANINI; ROSO, 2013). Essa noção, respaldada em uma visão de mundo construída historicamente, identifica o uso de drogas como uma doença biológica/genética que requer tratamento e reabilitação (QUEIROZ, 2005). Nessas observações, percebeu-se que a compreensão do uso de *crack* como doença situa a gestante enquanto paciente que, por estar em desequilíbrio da saúde, necessita de cuidados para retornar a um estado 'normal'.

A concepção de dependência química atrela-se, também, à categorização das drogas, a qual se baseia em discursos jurídicos – o que é considerado legal e ilegal; na cultura – o que, onde, como, por quem é permitido usar; e conjuntamente no modelo com ênfase hospitalar, o qual justifica a escolha de determinadas substâncias devido a evidências científicas: medicamentos possuem uma regulação e estudos que detalham os riscos e benefícios, em contrapartida ao uso de *crack*, que é difícil saber exatamente quais consequências provoca para a pessoa e filho/a.

Na UIP, percebeu-se que a proteção aparece tanto da paciente em relação a sua doença quanto do bebê que ela espera. Assim, é o entendimento do uso de drogas enquanto doença que exige medidas de proteção, como é considerada a internação psiquiátrica. O tratamento proposto (desintoxicação) é no sentido de amenizar os sintomas da doença (fissura) e visar à abstinência, que seria próxima a uma ideia de cura. Não obstante, um dos profissionais parece retomar um questionamento sobre a cura:

> *Acho que a medicina tem uma coisa muito idealística de querer curar. E certas coisas não têm cura, às vezes tu tem que tentar aprimorar a qualidade de vida dentro do que aquela pessoa consegue.* (Bento, Profissional de Saúde – H).

Apesar de não falarem em RD, a estratégia de tratamento acaba sendo questionada:

> *Aqui e no SUS em geral quase todas as internações de dependência química, elas não trabalham com o que deveria ser trabalhado. Por falta de recursos, por falta de pessoal. A gente tem hoje pra dependência química de crack, especificamente, nenhuma medicação efetiva. Então, nenhuma medicação previne recaída e nenhuma medicação controla a fissura. O que o SUS faz muito aqui e no próprio* [Nome de outro hospital] *que é a referência, acaba dando antipsicótico e sedativos. Então dá clorpromazina, às vezes tenta dar um haldol, pro indivíduo ficar mais*

> *sedado, mas é uma coisa irrealística tu quer que a pessoa passe o resto da vida sedada pra não usar droga, né? Então, a pior abordagem e a que é mais usada, é a do tratamento farmacológico. Então, se tu tem uma paciente não motivada, tu tenta fazer uma abordagem mais motivacional.* (Bento, Profissional de Saúde – H).

Durante a internação, os episódios de fissura são manejados verbalmente – profissionais conversam com pacientes, relembram técnicas, oferecem oficinas – ou com uso de medicamentos. Todavia, alguns/algumas profissionais entendem que após a alta o contexto será diferente, e a paciente não terá o suporte que a equipe fornece no momento. Sendo assim, há o questionamento que a desintoxicação teria que ser conjugada a um tratamento motivacional.

A motivação, segundo os/as profissionais, é de extrema importância nesse processo. Segundo suas compreensões, a motivação opera no sentido de impulsionar e sustentar mudanças no comportamento – sobretudo, porque percebem que o contexto social, econômico, familiar, influenciou no início e continuação do uso. Por vezes, acaba sendo impossibilitada essa proposta já que é necessário, acima de tudo, manter a proteção ao concepto. Tal direcionamento da atenção está atrelado às questões institucionais e de políticas públicas, que promovem e exigem uma proteção às crianças de toda a rede de saúde, principalmente nesse hospital que tem o compromisso selado de ser 'amigo da criança'. Também se entende que essa proteção à criança é prioridade na equipe por questões pessoais e valores compartilhados socialmente e naquele grupo – do lugar de fragilidade, inocência e afetivo que a criança ocupa no imaginário social. Desse modo, entendem que o lugar da criança não deve ser na rua, com uma mãe que usa drogas, que provavelmente não prestará os cuidados necessários. Entre os aspectos que a equipe entende constituir uma boa mãe, a abstinência de drogas, a motivação e a adesão ao tratamento são alguns dos principais marcadores nesse contexto.

Enfim, parece ser um dilema para a equipe iniciar um tratamento que eles pressupõem que não será continuado após a alta, já que a adesão é baixa, e ressaltam que não há lugares adequados para encaminhar essas gestantes. Observou-se discursos que salientam que a internação de longa duração está em discussão, não podendo a UIP suprir a falha na rede de atenção a dependentes químicas. Desse modo, questionam o fato de a unidade ser um local para desintoxicação, uma internação que deveria durar cerca de 28 dias, e acaba mantendo pacientes por critérios sociais, ou seja, não terem o espaço protegido para seguir a gestação. A equipe entende que a UIP não é o local adequado para a gestante ficar além dos 28 dias, sendo, inclusive, mais oneroso ao Estado do que outros serviços; entretanto, mencionam a precariedade da rede para locais protetivos e, portanto, acabam mantendo algumas pacientes na UIP, que também não teriam o suporte familiar.

Considerações finais

Neste artigo, apresentaram-se resultados referentes à análise sobre a economia moral que permeia as práticas dos/as profissionais de saúde em relação à atenção a gestantes que usam *crack*, em uma de suas dimensões – a dimensão atinente aos modelos de atenção enfatizados nos serviços analisados –, para apontar que os/as profissionais se inserem em lógicas mais amplas que conformam e influenciam suas escolhas, o que fazem, ou não, em suas práticas de saúde.

A etnografia, ao direcionar o olhar para as nuances e ambiguidades das práticas cotidianas, possibilitou perceber que as propostas terapêuticas estão intrinsecamente ligadas às concepções sobre drogas que circulam nos serviços de saúde. Tais concepções são produzidas e sustentadas pelas perspectivas

ético-políticas acionadas em cada serviço, pela formação profissional e outras experiências de vida dos/as profissionais e ainda pela atualização de valores e normas sociais que cada equipe faz e que remete àquilo que pode ser enunciado naquele grupo.

O que parece movimentar a economia moral, em um serviço, é a ideia de vínculo com profissionais e filha/o, enquanto no outro, é a ideia de motivação em relação ao tratamento e cuidados com filho/a. As práticas que giraram em torno do vínculo ou da motivação não apenas produzem diferentes relações e afetos, mas também materializam diferentes modos de fazer justiça, constroem formas diferenciadas de acesso à cidadania e aos direitos. Apresentaram-se, neste artigo, alguns resultados referentes aos modelos de atenção e à conformação do cuidado, entretanto essa discussão levantou outras análises.

No CR, há uma ênfase no vínculo como aspecto que medeia as decisões terapêuticas e, por conseguinte, a avaliação sobre as gestantes – elaboração das propostas terapêuticas, o suporte para manterem a guarda dos seus bebês. Assim, o vínculo gerencia os afetos tornando-se chave para a noção de justiça, isto é, do que é certo de ser realizado. O estabelecimento do vínculo possibilita à/ao profissional conhecer as histórias e contextos de vida das usuárias, e pode-se elaborar um projeto terapêutico que contemple suas singularidades. Por meio do vínculo, elas adquirem confiança com os/as profissionais, sendo assim, torna-se possível expressar sentimentos, canalizar frustrações, contar as situações que fogem à norma, as quais talvez fossem reprováveis por outros/as profissionais – mas nesse contexto podem ser enunciadas, pois são suportadas.

Na UIP, a avaliação sobre a motivação da gestante para a cessação do uso de drogas informava estratégias de tratamento propostas, os encaminhamentos pós-alta, bem como providências em relação aos/às filhos/as. A motivação de uma paciente pode ser percebida por meio de sua adesão ao tratamento, organização diária, demonstração de reconhecimento de episódios de fissura. Por conseguinte, a adesão à proposta terapêutica (desintoxicação, tratamento motivacional) é um dos principais aspectos que interatua nas condições de maternagem. Ainda, gestantes que na concepção dos/as profissionais aderiram ao tratamento, e constroem planejamentos para a continuidade desse tratamento e cuidados com os/as filhos/as, mobilizam a equipe de um modo que direcionam mais investimentos na relação profissionais-gestantes e gestante-bebê.

Entretanto, não só o modelo de atenção conforma práticas, mas a produção cotidiana pelos/as profissionais aos poucos influencia os modelos. Observando, notam-se ambiguidades nos discursos dos profissionais, que muitas vezes tomam a forma de questionamento sobre as propostas do modelo de atenção em que se inserem. Enfim, as práticas em saúde não dependem unicamente de características dos/as profissionais nem dizem respeito apenas a um modelo prescritivo, elas são justamente uma construção cotidiana que articula diversos elementos e sujeitos.

Colaboradores

Contribuição das autoras: Macedo e Machado contribuíram para a análise dos dados e para a elaboração do manuscrito e participaram da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

BARROSO, P. F. *Desintoxicar e Reinserir:* perspectivas no tratamento dos usuários de drogas. 2013. 116 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/71941>. Acesso em: 28 out. 2015.

BARROSO, P. F.; KNAUTH, D. R.; MACHADO, P. S. Desintoxicação, medicamentos e reinserção social. In: FERREIRA, J.; FLEISCHER, S. (Org.). *Etnografias em serviços de saúde.* Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 107-128.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. *Diário Oficial [da] União.* Brasília, DF, 26 jan. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 16 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Nota técnica conjunta/2012*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/20120412004951716.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Nota técnica conjunta nº 001* - SAS E SEGEP. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/08/Nota-t--cnica--diretrizes-e-fluxograma-mulher-sit-rua.pdf >. Acesso em: 12 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. HumanizaSUS: política nacional de humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: <http:/livroaberto.ibict.br/handle/1/893>. Acesso em: 27 dez. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas.* Brasília, DF: CFP, 2013. Disponível em: <http://www.crp11.org.br/consulta_1.pdf>. Acesso em: 2 out. 2014.

FASSIN, D. Compaixão e Repressão: A Economia Moral das Políticas de Imigração na França, *Ponto Urbe,* Tradução Gleicy Mailly da Silva e Pedro Lopes. São Paulo, v. 15, p. 1-22, 2014. Disponível em: <http://pontourbe.revues.org/2467>. Acesso em: 12 abr. 2016.

_____. *Enforcing Order An Ethnography of Urban Policing.* Malden: Polity Press, 2013.

_____. Public health as culture. The social construction of the childhood lead poisoning epidemic in France. *British Medical Bulletin,* Oxford, v. 69, n. 1, p. 167-177, 2004.

MACEDO, F. S.; ROSO, A.; LARA, M. P. Mulheres, saúde e uso de crack: a reprodução do novo racismo na/pela mídia televisiva. *Saude soc.,* São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1285-1298, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000401285&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 dez. 2015.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver-SUS Brasil*: caderno de textos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p. 108-137, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2015.

_____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Democracia e Saúde*. São Paulo: Cebes; Lemos, 1998. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-01.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2015.

PAIM, J. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 547-573.

QUEIROZ, I. S. *Norma de gênero e uso de drogas:* normalização e diferença na experiência de mulheres. 2015. 249 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Midiatização da cultura, criminalização e patologização dos usuários de crack: discursos e políticas. *Temas em Psicologia,* Ribeirão Preto, v. 21, p. 483-497, 2013.

ROSO, A. R. *et al.* Discourses about crack in the printed mass media. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 30, n. 3, p. 455-466, 2013.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde:* vigilância e saúde da família [Internet]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf>. Acesso em: 23 maio 2016

Recebido para publicação em janeiro de 2016
Versão final em maio de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Análise sobre condições de trabalho de Equipe de Saúde da Família, num contexto de vulnerabilidades, Manaus (AM)

Analysis on work conditions of Family Health Team in a context of vulnerabilities, Manaus (AM)

Arlete Lima Simões[1], Carlos Machado de Freitas[2]

RESUMO Este estudo tem o objetivo de descrever e analisar as condições de trabalho de uma Equipe de Saúde da Família, em contexto socioambiental vulnerável, a partir de um estudo de caso. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com observação participante, entrevistas e grupo focal. Os resultados revelaram que as vulnerabilidades do território em que atuam os profissionais impactam menos do que a infraestrutura inadequada das condições de trabalho, como a falta de materiais e equipamentos necessários para a produção de saúde no território, portanto, o ambiente interno das condições da unidade de saúde, revelou-se um fator de insatisfação, repercutindo de forma negativa no processo de trabalho da equipe.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador; Ambiente de trabalho; Territorialidade; Saúde da família.

ABSTRACT *This study aims to describe and analyze the working conditions of a Family Health Team, in vulnerable socio-environmental context, from a case study. It is about a qualitative study approach, with participant observation, interviews and focus group. The results revealed that the vulnerabilities of the territory in which professionals work impact less than the inadequate infrastructure of working conditions, such as lack of materials and equipment necessary for the health production in the territory, therefore, the internal environment of the health unit conditions, proved to be a factor of dissatisfaction, reflecting negatively on the team work process.*

KEYWORDS *Occupational health; Working environment; Territoriality; Family health.*

[1] Secretaria Municipal de Saúde (Semsa) – Manaus (AM), Brasil.
limarletes@gmail.com

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) e Centro de Estudos e Pesquisas de Emergências e Desastres em Saúde (Cepedes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
carlosmf@ensp.fiocruz.br

Introdução

O trabalho representa um componente importante para entender as relações sociais e seus possíveis impactos no cotidiano dos trabalhadores. No modelo baseado na Estratégia Saúde da Família (ESF), propõe-se o desenvolvimento de ações com equipes multiprofissionais, atuando em territórios específicos, cuja dinâmica socioambiental deve ser conhecida pelos trabalhadores no processo de produção do cuidado da população adscrita.

Dessa forma, a produção de saúde no território constitui um grande desafio para as equipes, pois estudos revelam que o desgaste profissional representa uma característica da própria organização do trabalho (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007; MARTINES; CHAVES, 2007; AZAMBUJA *ET AL.*, 2007; RIBEIRO; MARTINS, 2011).

Além disso, os trabalhadores da saúde, no cotidiano profissional, são confrontados entre o trabalho prescrito e o real. Conforme assinalam Faria e Araújo (2010, P. 432), o trabalho prescrito

> refere-se a tudo aquilo que está posto de antemão (normas, tempo gasto na operação, modo de utilizar ferramentas) e o trabalho real é aquele que acontece efetivamente no cotidiano, longe das condições ideais e idealizadas pelos administradores.

O processo de trabalho ou os "modos específicos de trabalhar" (LAURELL; NORIEGA, 1989, P. 36) assumem características peculiares no setor saúde, pois o "trabalho em saúde é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo institucional" (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, P. 438-439).

Os trabalhadores da ESF têm como espaço de atuação territórios diversificados, marcados por importantes vulnerabilidades socioambientais, entendidas, conforme Alves (2006, P. 43), como

> a coexistência ou sobreposição espacial entre grupos populacionais muito pobres e com alta privação (vulnerabilidade social) e áreas de risco ou degradação ambiental (vulnerabilidade ambiental).

Em outros termos, a vulnerabilidade socioambiental envolve a sobreposição de múltiplos fatores relacionados, desde a precariedade da infraestrutura básica, alcançando questões ligadas às catástrofes ambientais, como enchentes, por exemplo, com reflexos importantes no processo saúde-doença da população de um modo geral, e, por que não dizer, dos trabalhadores da saúde inseridos nesses contextos.

Desse modo, o processo de trabalho dessas equipes exige que extrapolem o atendimento no âmbito da Unidade de Saúde da Família (USF), haja vista que as práticas assistenciais devem estar voltadas para uma perspectiva de mudanças nos perfis de saúde-doença da coletividade em territórios específicos, sendo importante considerar o contexto socioambiental em que atuam esses profissionais e suas repercussões possíveis sobre as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores.

Com efeito, este estudo tem o objetivo de descrever e analisar as condições de trabalho de uma Equipe de Saúde da Família (EqSF), inserida num contexto socioambiental vulnerável, para compreender de que maneira o trabalho, incluindo o ambiente no qual é realizado, representa elemento de satisfação, e, portanto, definidor de saúde, ou elemento de insatisfação, sendo, desse modo, produtor de doenças.

Método

Trata-se de um estudo de caso, no âmbito de uma abordagem qualitativa, para compreender as condições de trabalho e saúde de trabalhadores de uma EqSF inseridos em ambientes vulneráveis no município de Manaus. Com efeito, o estudo de caso refere-se a "uma análise detalhada de

um caso individual" que explica a dinâmica do objeto estudado, considerando a unidade social como um todo (GOLDEMBERG, 2004, P. 33).

Por outro lado, Strauss e Corbin (2008, P. 23) definem a "pesquisa qualitativa como qualquer tipo de pesquisa que produza resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação", sendo esses os critérios fundamentais para a utilização desse método no presente estudo.

Na escolha do espaço territorial, considerou-se uma área que apresentasse características de vulnerabilidade socioambiental, com a presença de EqSF. Além das visitas exploratórias a algumas áreas da cidade de Manaus, foi utilizado o trabalho de Freitas *et al.* (2011, P. 25), a partir do agrupamento dos bairros da cidade de Manaus, considerando algumas características ambientais como "águas poluídas, alagamentos de áreas ocupadas por chuvas intensas, riscos de desabamento e inundações por cheias fluviais".

Desse modo, foi possível perceber que o bairro da Compensa, localizado na zona oeste da cidade, se enquadra, pelo menos, em três dessas situações de vulnerabilidade ambiental e com uma dinâmica populacional intensa.

A população da cidade de Manaus é de 1.802.014 habitantes, ocupando um território de 11.401,092 km², com densidade demográfica de 158,06 hab/km², sendo que o bairro da Compensa constitui o quarto mais populoso, com 75.832 habitantes. Contudo, na zona oeste da capital, esse bairro se destaca como o primeiro em termos populacionais (IBGE, 2010).

A Unidade Básica Saúde da Família (UBSF) do estudo de caso foi escolhida por possuir equipe completa na sua composição mínima, cujos trabalhadores atuam há, pelo menos, dois anos no território, assim como por sua localização em área de vulnerabilidade socioambiental, no bairro da Compensa.

A pesquisa de campo foi realizada no período de abril a junho de 2013, utilizando-se as técnicas da observação participante, entrevistas e grupo focal com 11 profissionais da ESF, sendo eles: médico, enfermeira, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e agente comunitária de endemias.

De acordo com Minayo (2010, P. 274), a observação participante mostra-se uma importante estratégia numa pesquisa do tipo qualitativo, pois "a proximidade com os interlocutores, longe de ser um inconveniente, é uma virtude". É importante frisar que a permanência da pesquisadora com os sujeitos ocorreu por três meses, ininterruptos.

As entrevistas foram orientadas a partir de um roteiro de perguntas que se moldavam ao entendimento de cada entrevistado, pois,

> na entrevista, o pesquisador pretende descobrir o que é significativo na vida dos entrevistados, suas percepções e interpretações, suas óticas e cosmovisões, ou seja, sua maneira de interpretar o mundo. (TOBAR; YALOUR, 2001, P. 96).

O grupo focal, como técnica de pesquisa para grupos pequenos, foi utilizado em razão da possibilidade de obter informações a partir das opiniões e atitudes que os trabalhadores expressam na interação com os outros. Nessa interação, buscou-se captar como e por que os sujeitos expressam de determinada maneira, suas perspectivas diante das questões discutidas (MINAYO, 2010; GATTI, 2005).

Foram utilizadas como perguntas norteadoras no grupo focal: Como vocês identificam os problemas de saúde no território? Qual a relação desses problemas com as questões socioambientais no território? Como vocês organizam os processos de trabalho para atuar sobre esses problemas? Como esses problemas repercutem no trabalho e na saúde dos membros da equipe?

Os discursos dos sujeitos foram organizados por categorias profissionais, e os dados

ordenados a partir do material gravado, que foi transcrito para possibilitar a construção de uma matriz de análise sob três perspectivas: condições de trabalho, condições sociais e ambientais e a relação trabalho/saúde dos profissionais da ESF.

Foram realizadas exaustivas leituras do material, com o intuito de buscar pontos convergentes e divergentes dos discursos entre si, destes com o coletivo e o contexto em que se mostravam. Desse modo, para a análise dos dados, considerou-se como teoria de suporte a hermenêutica-dialética, por possibilitar uma reflexão que se funda na práxis, reunindo, ao mesmo tempo, o processo de compreensão e de crítica da realidade social (MINAYO, 2010).

Para a preservação do anonimato, quando da apresentação dos discursos, optou-se por identificar os sujeitos por meio de siglas correspondentes à sua categoria profissional, nos termos seguintes: Médico (M), Enfermeira (E), Técnico de Enfermagem (Téc. Enf.), Agente Comunitário de Saúde (ACS), Agente de Endemias (Ag. End.).

Este trabalho foi submetido previamente ao Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), sendo aprovado sob o parecer nº 178.176, respeitando as normas contidas na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). Também houve submissão à Comissão de Ética em Pesquisa (Coep), da Secretaria Municipal de Saúde (Semsa), como condição para o desenvolvimento do trabalho e para garantir o acesso aos sujeitos da pesquisa.

Os participantes do estudo foram informados sobre os objetivos da pesquisa, com os quais concordaram por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), lido, esclarecido e assinado por todos, durante a aplicação das técnicas de entrevistas e grupo focal, sendo permitida a gravação dessas atividades.

Resultados

Condições de trabalho

No âmbito da saúde pública de competência do município, que é a Atenção Básica, o bairro da Compensa está sob a tutela do Distrito de Saúde Oeste, com 46 equipes da ESF, sendo que 5 destas encontram-se inativas. Essa rede assistencial apresenta uma distribuição desigual de cobertura de atendimento, sendo importante destacar que a ESF está implantada no município de Manaus desde 1999, contando com 163 equipes ativas, correspondendo a 33% de cobertura (SEMSA, 2013).

Os trabalhadores da presente pesquisa atuam numa estrutura física de UBSF baseada nos parâmetros arquitetônicos que datam da implantação das UBSF em Manaus, com espaço de, aproximadamente, 32 m², sendo 1 consultório médico, 1 sala de medicamentos (Farmácia), 1 recepção, 1 banheiro. O consultório é utilizado pelo médico e pela enfermeira de forma alternada. Na sala de medicamentos há uma copa improvisada, sendo, também, o espaço no qual a enfermeira realiza suas atividades quando o médico está em atendimento. Da mesma forma, esse também é o lugar em que os ACS desenvolvem suas práticas burocráticas, que representam para eles o 'preenchimento de papéis'.

Essa estrutura é considerada antiga se comparada ao novo modelo que a Semsa está implantando em alguns distritos de saúde, o qual apresenta rampa de acesso, banheiro adaptado para portadores de necessidades especiais, uma recepção com cadeiras para aproximadamente 10 pessoas, farmácia, consultórios médico e de enfermagem, medindo em torno de 136 m².

A faixa etária da equipe de estudo varia entre 32 e 61 anos de idade, com média de 41,6 anos. O tempo de atuação na ESF oscila

entre 4 e 14 anos de atividade, com maioria possuindo mais de 10 anos de exercício profissional na ESF e mais de 2 anos no território. Há duas espécies de vínculo trabalhista: estatutário (5) e os chamados 'efetivados' (6) por ato administrativo do prefeito, encontrando-se nesta última condição os ACS. A equipe de 11 trabalhadores é composta majoritariamente por mulheres, corroborando o processo de feminização do trabalho em saúde (MACHADO *ET AL.*, 2006; PASTORE; ROSA; HOMEM, 2008).

A equipe de estudo tem sob sua responsabilidade 5.720 pessoas e 1.298 famílias, conforme documentos apresentados por ocasião da observação, referentes ao mês de março/2013. Na prática, os dados revelam 7 microáreas sob a responsabilidade da equipe, embora no trabalho prescrito figurem apenas 5 microáreas de abrangência para aquela equipe.

A precariedade da infraestrutura da UBSF é qualificada pela falta de um banheiro privativo, de utilitários (mesas, cadeiras e armários apresentam-se em péssimas condições de uso) e de equipamentos (como a autoclave, quebrada há anos, o que impede a realização de curativos por falta de material esterilizado). Por isso, o discurso recorrente foi o de que

> *na realidade, não tem estrutura a casa de saúde! Nós não temos condições de fazer esses procedimentos'* [referindo-se a curativos, porque a autoclave está quebrada]. *Até mesmo o preventivo! Aqui nessa sala* [consultório médico], *não está adequada para se colher um preventivo. É realizado, mas nós sabemos e eles* [gestão] *também sabem lá que não é adequado para isso! O principal problema é a infraestrutura da casa de saúde! Isso daí dificulta muito o nosso trabalho.* (ACS).

No entanto, com uma visão para além do espaço físico, um membro da equipe descreve o que considera também ambiente de trabalho, ou seja, o território no qual atua, informando que é permeado por muitas contradições, marcado pela chamada 'área vermelha', assim denominada por sofrer influência do tráfico de drogas. Contudo, também afirma que, independentemente disso, o trabalho tem que ser realizado: *"Eu já entrei na casa de traficante, mas eu tenho de ficar cega, surda e muda"* (Ag. End.).

O improviso permeia o processo de trabalho diante das precárias condições de infraestrutura relatadas pela equipe, conforme exposto na fala a seguir: *"Se não der um jeitinho, a gente não trabalha!"* (ACS). Essa afirmação encontra eco em todos os níveis, pois, quando não é possível o chamado 'jeitinho', o trabalho é prejudicado: *"Deixo de fazer muitas atribuições porque não tem condições"* (Téc. Enf.).

A burocracia, entendida como o excesso de papéis que precisam ser preenchidos, assim como a preocupação dos gestores com o quantitativo, traduzido em produção de serviços, foram as queixas mais recorrentes.

Esses fatores revelaram contribuir para a insatisfação e a falta de reconhecimento do trabalho desses profissionais, porque a rotatividade da população, por exemplo, faz com que se perca produção: *"Mas a Semsa não quer saber disso! Estão preocupados com quantidade! Querem só ver o número, a quantidade!"* (ACS). Essa situação revela os sentimentos de impotência e ressentimento expressos no discurso de que *"as informações não são aproveitadas como deveriam"* (ACS). A sentença ganha ainda maior robustez na fala a seguir: *"Está faltando muito para que a gente seja reconhecido. Eles* [Disa – Distrito de Saúde] *não estão ligando muito para o nosso trabalho!"* (ACS).

Condições sociais e ambientais

Do ponto de vista social, o território foi descrito como portador de importantes precariedades, como *"as condições de vida das pessoas sem estrutura familiar, que faz com que os adolescentes encontrem o caminho das drogas"*

(ACS). E um lugar de moradia caracterizado como 'um aglomerado': *"Temos muito beco, viela [...]"* (Téc. Enf.). Além de possuir *"população extremamente pobre"* (M).

No entanto, o discurso preponderante atribuiu responsabilidade à população que ocupa aquele espaço quanto ao cenário ambiental deteriorado.

> *Falta de educação por parte dos comunitários. Jogam lixo por tudo que é canto. Oriento, e eles não atendem!* (ACS).

> *É uma questão de higiene, e a pessoa 'não se toca'.* (ACS).

> *Fala-se muito na questão ambiental, mas não tem um trabalho sobre essa questão. O lixo, é a própria população a responsável [...] a população sabe o dia e a hora que o coletor vai passar, mas coloca o lixo a qualquer hora! Falta de consciência!* (ACS).

> *Poderia ter ajuda melhor por parte dos governantes, mas a população também contribui para o descaso!* (Téc. Enf.).

O cenário também foi descrito como sendo uma área de risco.

> *Toda área tem um pouquinho de área de risco! Eu considero uma área de risco, tráfico e violência também! Alguns falam 'área vermelha'.* (ACS).

> *Ambiente meio perigoso!* (Ag. End.).

> *Trabalhamos com uma clientela que é de alto risco na criminalidade, passamos por locais que são linha vermelha do tráfico.* (Téc. Enf.).

No que se refere às tecnologias utilizadas para enfrentar as problemáticas do território, todos os discursos convergiram para as visitas domiciliares, juntamente com o que denominam 'orientações', estando nesse bojo as informações sobre o lixo, sobre as quais revelaram não ter preparo formal, tampouco material de suporte. No tocante às chamadas orientações, os profissionais dizem que

> *não é o suficiente, mas dá para resgatar muitas coisas.* (ACS).

> *Faço orientações caso o usuário aceite ser ajudado. Tem impacto momentâneo. A gente tenta ajudar* [referindo-se ao lixo] *orientando.* (Téc. Enf.).

> *Oriento, mas, se não atendem, desisto!* (ACS).

> *Essas* [pessoas] *que não mudam é porque não querem mudar mesmo! Acham que está ótimo!* (ACS).

A relação trabalho/saúde dos profissionais da ESF

Os discursos sinalizaram uma percepção sobre o nexo existente entre o trabalho realizado sob as condições socioambientais em que se encontram e a sua repercussão no processo saúde-doença do trabalhador:

> *Na maioria dos casos, me sinto impotente por não poder executar, fazer pela pessoa.* (ACS).

> *A situação de pobreza toca no profissional, mas são coisas que não dá pra resolver.* (ACS).

> *Teve uma época em que eu não dormia.* (ACS).

É importante assinalar que todos os trabalhadores revelaram nunca terem se afastado

do ambiente laboral por conta dessas situações do contexto. Para corroborar essa afirmação, destacamos o discurso de uma profissional:

> *Fiquei abalada uma vez, há muito tempo atrás, quando sofri uma denúncia num programa de televisão, mas nem tinha procedência [...]. Mas nunca me afastei por problemas do trabalho.* (E).

Ademais, essas situações foram observadas como fazendo parte do cotidiano da equipe, de modo que não interferem diretamente no processo de trabalho:

> *Tem que se habituar à realidade da comunidade para transformá-la! Na época em que entrei* [na ESF], *a comunidade vivia em condições piores!* (ACS).

> *Essas condições não interferem nem desmotivam o meu trabalho. Gosto do que faço! A minha área tem tráfico de drogas, prostituição, [...] mas tudo isso não afeta o trabalho, porque todos me conhecem e me respeitam; não mexem comigo!* (ACS).

Discussão

Quanto ao ambiente laboral, considerado pelos trabalhadores a estrutura física da UBSF, na qual estes debruçam suas práticas de trabalho, os dados revelaram que está distante das condições preconizadas pela Portaria nº 2.488/2011, que trata da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), assim como das normas constantes no manual instrutivo que orienta os projetos físicos dos estabelecimentos assistenciais de saúde, no qual são estabelecidos critérios arquitetônicos para o funcionamento e a estrutura física de uma UBSF, que deve servir de referência para acolher a equipe da UBSF (BRASIL, 2002; BRASIL, S.D.).

Embora os trabalhadores convivam com duas espécies de vínculo trabalhista, a condição de serem 'efetivados', no caso dos ACS, não os faz sentirem-se em situação de desvantagem frente aos outros que possuem vínculo estatutário. Aliás, os ACS revelaram que o seu ingresso no serviço público ocorreu por um processo seletivo bastante disputado, apontando para uma conquista meritória estar na ESF.

A precarização dos vínculos trabalhistas, historicamente, surge no cenário nacional em 1995, com a chamada reforma administrativa do Estado, ocasionando a desregulamentação do trabalho, a flexibilização e a responsabilidade dos estados e municípios em assumir a prestação de serviços de saúde (MENDONÇA *ET AL.*, 2010).

No município de Manaus, uma ampla pesquisa tratando sobre o processo de implantação do Programa Saúde da Família (PSF) revelou, entre outros aspectos, que o problema da precarização dos vínculos de trabalho persistia. Além disso, fatores como a

> insuficiência de mão de obra e a falta de capacitação dos profissionais foram apontadas como parte das causas da não adoção de rotinas de planejamento local. (SILVA; GARNELO; GIOVANELLA, 2010, P. 598).

Esses dados permanecem bastante atualizados, visto que o último concurso público da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (2012), além de não contemplar ACS, também padeceu de contratação que suprisse o quadro de pessoal na rede de assistência à saúde, assim como revela um planejamento em descompasso com a realidade concreta.

Além disso, a demanda sob responsabilidade dos ACS ultrapassa o preconizado, que assegura 750 pessoas por ACS, e o total máximo de 4000 pessoas para cada equipe, sendo a média recomendada de 3000 pessoas, sem contar que esse número deve levar em conta o grau de vulnerabilidade das famílias presentes no território, ou seja,

quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2011, ITEM 7, II E III).

Com efeito, os profissionais, em sua maioria, levaram em consideração a estrutura física em si da UBSF, ambiente de trabalho da equipe, embora deva ser considerado também o território de atuação dos profissionais. Desse modo, analisando somente esse aspecto do ambiente de trabalho, a realidade revela que está longe das condições ideais e idealizadas para o desenvolvimento das atividades, corroborando estudo recente que aponta a estrutura física como um dos desafios a serem enfrentados pela Atenção Básica (CAVALCANTI; OLIVEIRA NETO; SOUSA, 2015).

O trabalho em saúde é complexo e muito dinâmico, ensejando um confronto cotidiano entre o trabalho prescrito e o real, sendo o trabalho prescrito aquele estabelecido previamente por meio de normas e ferramentas de trabalho, e o trabalho real o "que acontece efetivamente no cotidiano, longe das condições ideais e idealizadas pelos administradores" (FARIA; ARAÚJO, 2010, P. 432).

De acordo com esse raciocínio, Faria e Araújo (2010) afirmam:

> Há uma busca pelo estabelecimento de modelos em todos os níveis de atenção à saúde, o que denota uma aspiração regulatória imposta verticalmente, que se materializa em protocolos de ação, competências profissionais a priori e procedimentos padronizados que se dirigem às partes de um corpo sem história e sem emoção, sem lugar contextualmente circunscrito ou culturalmente perpassado. (FARIA; ARAÚJO, 2010, P. 432).

Estudo abordando a relação trabalho/saúde revela o desgaste do trabalhador diante das demandas que se apresentam no cotidiano da prática profissional, como o atingimento de metas em detrimento dos problemas que são apresentados pela população, que precisam ser respondidos (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007).

Por outro lado, a dinâmica da produtividade incorporada pelo setor saúde foi uma característica revelada em todos os discursos, apontando que os trabalhadores atendem às determinações institucionais num processo de cumprimento de metas, sem, contudo, refletir sobre os dados que estão sendo produzidos. Isso se deve à demanda de serviços, mas, também, ao fato de que esses profissionais não são capacitados para entender sobre os indicadores de saúde que estão sob sua responsabilidade.

Ao lado disso, o processo de trabalho revelado pelos profissionais é caracterizado, também, pelo enfrentamento das situações de importantes vulnerabilidades sociais e ambientais, como o tráfico de drogas, a pobreza, o saneamento básico ineficiente e a presença de lixo no peridomicílio. No entanto, essas queixas não constituem problemas que impeçam a execução de suas atividades, logo, não se transformam em necessidades que precisam ser enfrentadas pelos trabalhadores, visto que 'o jeitinho brasileiro', que nada mais é do que o improviso, está incorporado no processo de trabalho da equipe.

O cenário socioambiental, marcado por problemas sociais e deteriorações ambientais importantes, revela-se de uma forma 'naturalizada' pelos profissionais que atuam naquele território. Essa afirmação pode ser apoiada pelo estudo de Frutuoso *et al*. (2015, P. 341), que destacaram nos discursos de profissionais a "banalização e a naturalização das situações de vulnerabilidades", no contexto estudado.

No que se refere às implicações do cenário socioambiental no processo de trabalho e saúde, importante observar o entendimento de Sato (1996) quando discorre sobre as lógicas do processo saúde-doença para o conhecimento científico e aquele advindo do conhecimento prático, apontando a seguinte diferenciação:

> para o trabalhador, a noção de doença tem

> seu núcleo em torno da atividade/inatividade, a doença pode ser vista como forma de evitar o trabalho, como 'desculpa' encobridora de um desejo de afastar-se dele, estando essa visão estreitamente relacionada com os usos que se fazem do corpo. Por outro lado, para a medicina, ela é entendida a partir do estado orgânico, funcional e anatômico do corpo. (SATO, 1996, P. 492).

Nessa perspectiva, os discursos dos trabalhadores inseridos em contextos vulneráveis, na sua maioria, sugerem que não se reconhecem adoecidos, pois não tiveram momento de afastamento laboral em virtude de suas práticas cotidianas. Ou seja, reforçam a ideia de que o adoecimento para esses trabalhadores tem relação com o afastamento, reafirmando que a precariedade das condições de trabalho no âmbito da estrutura física os incapacita muito mais do que o contexto no qual estão inseridos, pois dificulta as atividades laborais cotidianas.

Conclusão

No percurso deste estudo, buscou-se revelar as condições de trabalho de uma EqSF cujas práticas são desenvolvidas em territórios marcados por importantes vulnerabilidades sociais e ambientais, para compreender a repercussão desses contextos no processo de trabalho e saúde dos trabalhadores.

Os resultados apontam que o processo de trabalho da equipe é moldado pelos limites impostos pelo ambiente de trabalho, este considerado a estrutura física do espaço da UBSF. Dessa forma, estão incluídos como fatores determinantes no processo de trabalho a falta de materiais e insumos necessários para o desenvolvimento das práticas cotidianas desses trabalhadores.

A precariedade das condições de trabalho, traduzida pela falta de materiais e pela infraestrutura inadequada, colabora para o improviso das ações, sinalizando práticas de saúde sem planejamento prévio, com pouca interlocução entre os sujeitos, trabalhadores e usuários do serviço. Na verdade, os dados sinalizam que são reiteradas práticas sanitárias de caráter preventivista para atender muito mais às necessidades institucionais do que produzir saúde no território.

Embora os trabalhadores reconheçam as importantes vulnerabilidades sociais e ambientais no território, a atuação profissional sobre essas vulnerabilidades mostrou-se pouco eficaz, revelando uma realidade presente e determinada por um processo histórico o qual estão impedidos de modificar.

Com efeito, a produção de saúde naquele território sofre influência tanto das condições de infraestrutura inadequadas para a equipe como, também, dos contextos das práticas de saúde desses trabalhadores, que buscam alternativas, como a utilização de tecnologias ditas leves, a exemplo das visitas domiciliares e 'orientações', cujos efeitos são 'momentâneos' sobre a conduta da população.

Ademais, os aspectos sociais e ambientais do território que expõem à vulnerabilidade a população e o trabalhador não impactam diretamente o trabalho e a saúde dos trabalhadores da ESF participantes desta pesquisa, sobretudo os ACS que têm no território seu lugar de vida e trabalho.

Dizendo de outro modo, os trabalhadores reconhecem estar inseridos em contextos socioambientais vulneráveis, contudo, não constituem a razão primeira do descontentamento, mas, sim, a falta de reconhecimento institucional, aliada à infraestrutura inadequada, que estiveram relacionadas aos potenciais fatores de desgaste e adoecimento do trabalhador.

Numa tentativa de avançar, no sentido de evitar listar riscos e agravos advindos das condições de trabalho, a ideia foi apresentar como os trabalhadores produzem saúde nesses territórios vulneráveis, assim como a possível repercussão desses contextos no processo de trabalho e saúde da equipe.

Em síntese, os profissionais desenvolvem suas práticas em ambientes desfavoráveis, tanto do ponto de vista das condições de trabalho no espaço físico da UBSF quanto dos territórios em que atuam. Como proposta para garantir a promoção de ambientes saudáveis, em consonância com as ações em saúde do trabalhador, apontamos a implementação de um planejamento harmonizado com a realidade concreta desses trabalhadores, o que implica inseri-los nesse processo, assim como implementar ações no âmbito da UBSF, em consonância com o preconizado na PNAB quanto à garantia de infraestrutura necessária à realização das atividades, de forma a minimizar os impactos provocados pelo ambiente no processo de trabalho e saúde desses trabalhadores. ■

Referências

ALVES, H. P. F. Vulnerabilidade socioambiental na metrópole paulistana: uma análise sociodemográfica das situações de sobreposição espacial de problemas e riscos sociais e ambientais. *Revista Brasileira Est. Pop.*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 43-59, jan./jun. 2006.

AZAMBUJA, E. P. *et al.* Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. *Texto Contexto Enferm.,* Florianópolis, v. 16, n. 1, jan./mar., p. 71-79, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução, RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ca36b200474597459fc8df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.+50,+DE+21+DE+FEVEREIRO+DE+2002.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 31 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] União,* 2013. Mimeo.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.* Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Mimeo.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mais perto de você. Ampliação de UBS.* Manual Instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Mimeo.

CAVALCANTI, P. C. S.; OLIVEIRA NETO, A. V.; SOUSA, M. F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.323-336, abr./jun., 2015.

FARIA, H. X.; ARAÚJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

FREITAS, C. M. *et al.* Manaus: uma análise ecossistêmica através de indicadores de sustentabilidade ambiental e de saúde. jun., 2011. Mimeo.

FRUTUOSO, M. F. P. *et al.* Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 337-349, abr./jun. 2015.

GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas.* Brasília, DF: Líber Livro, 2005.

GOLDENBERG, M. *A arte de pesquisar:* como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Cidades@*. Censo Demográfico 2010 de Manaus, AM. [Internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=130260&search=amazonas|manaus>. Acesso em: 31 jul. 2013.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde:* trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

MACHADO, M. H. *et al.* (Org.). *Análise da força de trabalho do setor saúde no Brasil:* focalizando a feminização. Rio de Janeiro: Observatório de Recursos Humanos. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2006. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/ENSPSA-FIOCRUZ/Analise_forca_trabalho.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2014.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no programa de saúde da família. *Rev. Esc. Enferm.* USP, v. 41, n. 3, p. 426-433, set. 2007.

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência Saúde Coletiva,* v. 15, n. 5, p. 2355-2365, ago. 2010.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento:* pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PASTORE, E.; ROSA, L. D.; HOMEM, I. D. *Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde.* In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO – CORPO, VIOLÊNCIA E PODER, 8, Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST25/Pastore-Rosa-Homem_25.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2014.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004.

RIBEIRO, S. F. R.; MARTINS, S. T. F. Sofrimento psíquico do trabalhador da Saúde da Família na organização do trabalho. *Psicologia em Estudo,* Maringá, v. 16, n. 2, p. 241-250, abr./jun. 2011.

SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Rev. Esc. Enferm. USP,* São Paulo, v. 41, n. esp., p. 777-781, dez. 2007.

SATO, L. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. *Cad. Saúde Púbica,* Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 489-495, out./dez. 1996.

SEMSA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Departamento de Informação, Controle, Avaliação e Regulação. *Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB),* Manaus, 2013. (Mimeo).

SILVA, N. C.; GARNELO, L.; GIOVANELLA, L. Extensão de cobertura ou reorganização da Atenção Básica? A trajetória do Programa de Saúde da Família de Manaus-AM. *Saúde Soc.,* São Paulo, v. 19, n. 3, p. 592-604, set. 2010.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. *Pesquisa qualitativa:* técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública:* conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

Recebido para publicação em agosto de 2015
Versão final em novembro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal

Perceptions and attitudes on interprofessional relations in dental care during prenatal care

Juliana Pereira da Silva Faquim[1], Paulo Frazão[2]

RESUMO O estudo descreve percepções e atitudes de profissionais da atenção primária sobre as relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal. Trata-se de um estudo analítico, observacional transversal, utilizando registros administrativos e entrevistas semiestruturadas abordando questões sobre hierarquia, habilidade para evitar conflitos e colaboração interprofissional. Conclui-se que, apesar da percepção geral favorável à colaboração interprofissional, recursos formais e organizacionais não estão sendo empregados, refletindo um distanciamento entre o potencial percebido pelas entrevistas e a prática apoiada pelos instrumentos utilizados nas ações de atenção ao pré-natal.

PALAVRAS-CHAVE Cuidado pré-natal; Relações interprofissionais; Assistência odontológica.

ABSTRACT *The study describes perceptions and attitudes of primary healthcare workers on interprofessional relations in dental care during the prenatal period. It is a descriptive observational study using administrative records and semi-structured interviews, which addressed issues of hierarchy, ability to prevent conflicts, and interprofessional collaboration. In conclusion, despite the general perception in favor of interprofessional collaboration, formal and organizational resources are not being employed, reflecting a gap between the potential perceived by the interviews and the practice supported by the instruments used in antenatal care.*

KEYWORDS *Prenatal care; Interprofessional relations; Dental care.*

[1] Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Escola Técnica de Saúde – Uberlândia (MG), Brasil.
jufaquim@ig.com.br

[2] Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública – São Paulo (SP), Brasil.
pafrazao@usp.br

Introdução

A gravidez é uma situação especial para o diagnóstico das alterações nas estruturas que dão suporte ao dente. De um lado, as alterações de imunocompetência durante a gravidez podem criar uma resposta inflamatória exagerada das estruturas periodontais de suporte. Mediadores imunológicos em níveis elevados podem alcançar a unidade feto-placenta resultando em prematuridade e baixo peso ao nascer. De outro lado, a condição periodontal prévia à gravidez, devido à flutuação no nível dos hormônios circulantes, pode influenciar na progressão e gravidade da doença periodontal, uma importante causa de perda dentária (HUCK; TENENBAUM; DAVIDEAU, 2010).

Aproximadamente 40% das mulheres grávidas vivem alguma experiência de doença periodontal. Dados de um importante Sistema de Monitoramento de Avaliação de Risco na Gravidez mostraram que menos da metade das mulheres grávidas (44%) relatou ter recebido orientação/cuidado de saúde bucal durante a gravidez (LACHAT *ET AL.*, 2011). Observações na Jordânia e nos EUA mostraram que médicos, além de não abordar questões de saúde bucal durante as visitas de pré-natal, aconselham postergar o tratamento odontológico para depois do parto (MORGAN *ET AL.*, 2009).

Estudo brasileiro informou que, apesar dos obstetras terem conhecimento da associação entre inflamação gengival e efeitos adversos na gestação, suas atitudes não estavam de acordo com o conhecimento informado sobre a doença periodontal e suas possíveis repercussões (ROCHA *ET AL.*, 2011). Dentistas e obstetras divergem da literatura científica e entre si em várias recomendações relacionadas com a assistência odontológica, como, por exemplo, uso de anestésicos locais, suplementação de flúor pré-natal e tomadas radiográficas da cavidade da boca (ZANATA; FERNANDES; NAVARRO, 2008). Estudo com cerca de mil puérperas em uma região metropolitana brasileira verificou que somente 12% delas receberam assistência odontológica adequada durante o pré-natal (SANTOS NETO *ET AL.*, 2012).

O acesso à assistência odontológica durante a gestação é repleto de obstáculos e envolve, por um lado, ansiedade, medo e crenças das gestantes e, por outro, desconhecimento científico e insegurança dos profissionais no planejamento e falta de preparo no tratamento das gestantes. A superação da distância e a busca de uma maior articulação das ações dependem, entre outros aspectos, de como a atenção primária à saúde se estrutura em cada país e do grau de colaboração interprofissional no desenvolvimento das ações de atenção ao pré-natal.

Colaboração interprofissional diz respeito à natureza da interação entre profissionais de diferentes campos do conhecimento, proporcionando uma atenção à saúde mais abrangente (MATUDA *ET AL.*, 2015). Ela envolve comunicação aberta e direta, respeito por diferentes perspectivas e a busca de uma solução compartilhada para os problemas. A colaboração é um dos aspectos cruciais para uma atenção centrada nas necessidades das pessoas e das famílias e tem sido pauta na discussão das políticas de saúde, a fim de melhorar a qualidade e o acesso aos serviços, na perspectiva de uma atenção à saúde mais contínua e abrangente (D'AMOUR *ET AL.*, 2008), sendo apontada como um recurso que pode ser mobilizado para elevar a efetividade dos sistemas de saúde. Como estratégia inovadora, ela pode desempenhar um importante papel para enfrentar problemas do modelo de atenção e da força de trabalho em saúde, contribuir para fortalecer o sistema de saúde e melhorar os resultados obtidos (WHO, 2010). Uma revisão de literatura concluiu que a colaboração interprofissional melhora o atendimento ao paciente, especialmente os portadores de condições complexas e/ou crônicas, mas ainda está longe de ser parte integrante da prática de cuidados primários nas rotinas de trabalho (MORGAN; PULLON; MCKINLAY, 2015).

A percepção, ou seja, a imagem subjetiva que o ser humano tem de certos aspectos da

realidade e a atitude dos profissionais diante de oportunidades para melhorar a qualidade do atendimento, e desenvolver novas áreas de relação interprofissional, têm sido identificadas como importantes facilitadores da colaboração interprofissional na atenção primária (SUPPER *ET AL.*, 2015). Adicionalmente, recursos formais de apoio à colaboração, como reuniões de planejamento e prontuários/formulários, podem ser instituídos para facilitar a interação (D'AMOUR *ET AL.*, 2008). Entretanto, o trabalho colaborativo enfrenta dificuldades relacionadas, entre outros aspectos, com a lógica profissional tradicional e com o modelo de atenção centrado em procedimentos especializados (MATUDA *ET AL.*, 2015).

Embora a produção de informações científicas sobre como se distribuem determinadas percepções e atitudes entre os trabalhadores diante de situações referentes às relações interprofissionais seja essencial para subsidiar o planejamento de ações no campo da gestão do trabalho na atenção primária visando um nível elevado de colaboração, são poucos os estudos explorando aspectos relacionados com a variação da percepção e da atitude dos profissionais, em um sistema de saúde com várias unidades de atenção primária.

Considerando a relevância do tema para a qualidade do cuidado à saúde da mulher durante a gestação, este estudo teve por objetivo descrever percepções e atitudes de médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos em saúde bucal sobre as relações interprofissionais na assistência odontológica durante a atenção ao pré-natal em unidades de saúde de um município brasileiro de médio porte, cotejando com o uso de recursos formais e ferramentas que facilitam a interação.

Método

Trata-se de um estudo observacional descritivo de caráter exploratório realizado como parte de um estudo mais amplo, intitulado 'Saúde bucal na atenção materno-infantil: um olhar sobre a cooperação interprofissional e a qualidade do cuidado'. Para o presente estudo, foram usados os registros administrativos relativos aos recursos em nível de atenção primária ao pré-natal e os dados obtidos com entrevistas semiestruturadas. Os registros administrativos foram examinados para permitir a caracterização da estrutura de recursos que o município dispõe para assistir às gestantes, e incluíram os registros ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS) relativos às ações materno-infantis, como o percentual de gestantes inscritas, idade gestacional e a faixa etária da gestante. Eles foram utilizados também para identificar as unidades que realizavam atenção ao pré-natal. As entrevistas foram realizadas para a obtenção de dados sobre a formação dos profissionais, a organização do trabalho, a produção do cuidado e a interação profissional. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Número: 312.904). Sua realização foi autorizada pela Coordenação de Atenção Primária à Saúde da Prefeitura Municipal de Uberlândia. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

População do estudo

A população do estudo compreendeu 4 categorias de profissionais de saúde (médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos em saúde bucal) de 13 unidades de atenção primária à saúde do município de Uberlândia que fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essas unidades foram selecionadas admitindo-se que os princípios que orientam a ESF representam um espaço propício para elevar o grau de colaboração interprofissional.

Indicadores utilizados

Para investigar a percepção dos participantes, foram utilizadas três questões nas quais

os respondentes tinham que definir o grau de hierarquia das relações de trabalho; o grau de habilidade para evitar conflitos na divisão das atividades e das responsabilidades; e o grau de importância das atividades de colaboração (por exemplo, sessões conjuntas, consultas compartilhadas, visitas comuns etc.). A definição do grau foi feita pelo respondente dentro de uma escala de 5 pontos, na qual 1 correspondia ao menor grau e 5 ao maior grau, a fim de indicar a opção que melhor retratava as relações de trabalho entre os profissionais da unidade de saúde. Para investigar as atitudes, foram empregadas duas questões: uma sobre se os profissionais da equipe colaboravam entre si para elaborar um plano de intervenção comum e a outra sobre se os diferentes profissionais da equipe solicitavam apoio (conselho, opinião etc.) entre eles mesmos, quando necessário. Em uma escala de cinco pontos, similar a anterior, o respondente tinha que definir a opção que melhor retratava as atitudes dos profissionais nas suas relações de trabalho dentro da unidade de saúde. Essas questões foram selecionadas com base em estudos prévios (SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ; D'AMOUR; LEDUC, 2007).

Ainda sobre atitude, confrontando as respostas anteriores, os respondentes foram perguntados quantas vezes a cada dez pacientes, em média, o profissional solicitava ou recorria a outros profissionais de outras áreas para planejar ou executar o atendimento.

Em relação aos recursos formais de colaboração interprofissional usados na organização do trabalho para a produção do cuidado, foram aplicadas quatro questões: a primeira sobre a existência de reuniões de planejamento para o atendimento da população assistida; a segunda sobre se o prontuário de atendimento à gestante era compartilhado entre os profissionais da unidade de saúde; a terceira se o prontuário de atendimento à gestante contemplava questões sobre a saúde bucal; e a quarta se existia um prontuário específico para a saúde bucal.

Coleta de dados

A coleta durou 45 dias e foi realizada por meio de entrevista semiestruturada em uma sala reservada no próprio local de trabalho para assegurar a privacidade. Um entrevistador foi especialmente treinado para esse fim. O treinamento teve uma fase teórica e uma fase prática em uma unidade piloto. O formulário continha 56 questões e 20 itens, totalizando 76 respostas. Desse total, 55 questões com respostas fechadas e 21 com respostas abertas. Ele foi composto por quatro blocos de questões: incluindo dados gerais e profissionais; dados sobre a unidade de saúde; sobre a organização do trabalho e produção do cuidado; e sobre a interação profissional.

As questões abordavam idade, sexo e formação dos trabalhadores, funções desempenhadas na unidade, anos de experiência, tempo de trabalho e vínculos empregatícios, modalidades de assistência oferecidas na unidade de saúde, crescimento e realização profissional, apoio no ambiente de trabalho, planejamento das ações, grupos de gestantes, prontuários e sobre as relações de trabalho entre os profissionais. Neste artigo, são apresentados e discutidos os resultados relativos aos indicadores de percepção e atitude dos profissionais e de organização do trabalho e produção do cuidado.

Análise dos dados

Na análise dos dados, foram exploradas duas hipóteses: uma sobre a presença de diferenças relacionadas com a categoria profissional do respondente e outra sobre possíveis diferenças relacionadas com a unidade de saúde. A primeira se apoia no pressuposto de que as categorias profissionais não percebem a colaboração interprofissional sob uma mesma perspectiva e tendem a adotar

atitudes que reproduzem assimetrias fundadas em padrões de tomada de decisão ligadas ao modelo clássico de autonomia profissional (SAN MARTÍN-RODRIGUEZ *ET AL.*, 2005). A segunda estaria relacionada com a noção de que grupos ou equipes de trabalho cujos agentes dispõem de larga autonomia na tomada de decisões são atravessados por aspectos ligados às relações interpessoais entre os membros das equipes, tais como disponibilidade para colaborar, confiança mútua, respeito e comunicação aberta que, secundarizam possíveis diferenças ligadas às categorias profissionais (SAN MARTÍN-RODRIGUEZ *ET AL.*, 2005).

Em virtude da característica não normal da distribuição em cada grupo, foi utilizada análise de variância para três ou mais amostras por meio do teste de Kruskal-Wallis. O teste de Kruskal-Wallis é uma prova útil para decidir se amostras independentes provêm de populações diferentes. Os valores amostrais quase que invariavelmente diferem entre si, e o problema é decidir se essas diferenças entre as amostras significam diferenças efetivas entre as populações ou se representam apenas variações casuais, que podem ser esperadas entre amostras aleatórias de uma mesma população. O teste supõe que a variável em estudo tenha distribuição contínua e exige mensuração no mínimo ao nível ordinal. Para checar as diferenças de idade, foi aplicado o teste exato de Fisher, que testa diferenças entre dois grupos independentes, em relação a uma variável que admita duas alternativas como resposta.

Uma medida-síntese contida em escala de -100 a +100 (200 pontos) foi obtida. A adoção desse tipo de escala representa maior interesse no evento do que em suas categorias de manifestação. Admite-se a premissa de que a melhor estratégia decorre da redução da mensuração à categoria de máxima expressão do evento e do cálculo da média e erro padrão para interpretar um conjunto de medidas (PEREIRA, 2001). Considerando o caráter exploratório do estudo, as diferenças entre as estimativas foram analisadas admitindo-se o nível de 10% para rejeição da hipótese de nulidade ($p < 0,10$).

Resultados

Participaram da entrevista os seguintes profissionais de saúde que atuam na atenção materno-infantil: dentista, técnico em saúde bucal, enfermeiro e médico, do total de 13 unidades de atenção à saúde familiar visitadas, totalizando 52 profissionais, dos quais, 43 (82,7%) eram mulheres e 9 (17,3%) eram homens, 31 (59,6%) tinham até 35 anos e 21 (40,4%) tinham 36 anos ou mais. Para médicos e dentistas, predominou a faixa etária mais jovem, e para os técnicos em saúde bucal a faixa etária acima de 35 anos de idade *(tabela 1)*.

Tabela 1. Distribuição dos respondentes por categoria profissional e faixa etária

Faixa etária	**<36 anos**		**>35 anos**	
Categoria profissional	**N**	**%**	**N**	**%**
Dentista	9	69,2	4	30,8
Técnico em saúde bucal	4	30,8	9	69,2
Enfermeiro	7	53,8	6	46,2
Médico	11	84,6	2	15,4
Total	31	59,6	21	40,4

Fonte: Elaboração própria.
Nota: Valor de p = 0,044 (Teste exato de Fisher).

Em relação à percepção, o grau de hierarquia nas relações de trabalho apresentou média (M) igual a 3,77 e erro padrão (EP) igual a 0,12. O valor 38,5 na escala de 200 pontos indica a presença da hierarquia nas relações, um fator desfavorável à colaboração interprofissional. Os valores médios para o grau de habilidade para evitar conflitos, (M=3,94 e EP=0,13) e para o grau de importância das atividades de colaboração (M=3,98 e EP=0,12), e os valores na escala de 200 pontos, respectivamente 47,0 e 49,0, foram indicativos de uma percepção mais favorável à colaboração interprofissional *(tabela 2)*.

Tabela 2. Distribuição dos respondentes segundo o grau de percepção em relação à hierarquia, habilidade em evitar conflitos e importância das atividades de colaboração

	Respostas											
Questões	**1**		**2**		**3**		**4**		**5**			**Escala**
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**m (ep)**	**-100 a +100**
Grau de hierarquia nas relações de trabalho	1	1,9	1	1,9	17	32,7	23	44,2	10	19,2	3,77 (0,12)	38,5
Grau de habilidade para evitar conflitos	1	1,9	1	1,9	16	30,7	17	32,7	17	32,7	3,94 (0,13)	47,0
Grau de importância das atividades de colaboração	0	0	1	1,9	15	28,8	20	38,4	16	30,7	3,98 (0,12)	49,0

Fonte: Elaboração própria.
Nota: Respostas (1, 2, 3, 4, 5): escala de 5 pontos, na qual 1 corresponde ao menor grau e 5 ao maior grau.
m= valor médio; ep= erro padrão.

Houve diferença de percepção por profissional (Kruskall-Wallis p=0,064) em relação ao grau de hierarquia nas relações de trabalho, sendo encontrado para os médicos a menor média (M=3,31 e EP=0,23), e para os dentistas o maior valor (M=4,23 e EP=0,23). Para o grau de habilidade para evitar conflitos, a maior média encontrada foi para os dentistas (M=4,23 e EP=0,25), e para os médicos o menor valor (M=3,69 e EP=0,20) sem diferenças estatisticamente significativas. Para o grau de importância das atividades de colaboração, a maior média encontrada foi para os médicos (M=4,38 e EP=0,18), e a menor para os dentistas (M=3,69 e EP=0,28) sem diferenças estatisticamente significativas.

Com relação às diferenças de percepção entre as unidades, houve diferença tanto para o grau de habilidade para evitar conflitos (Kruskall-Wallis p=0,053) como para o grau de importância atribuído às atividades de colaboração (Kruskall-Wallis p=0,021). Para o primeiro item, o maior valor médio encontrado foi 4,50 (EP=0,28), e o menor 2,75 (EP=0,62), enquanto para o segundo o maior valor médio foi 4,5 (EP=0,28), e o menor 2,75 (EP=0,25).

Quanto à atitude, quando foi perguntado se os profissionais colaboram entre si para elaborar um plano de intervenção comum, a média (M) foi igual a 4,22, e erro padrão (EP) igual a 0,12. O valor 61,0 na escala de 200 pontos indica que os profissionais têm atitudes a favor da colaboração interprofissional. Os valores médios encontrados para a pergunta 'quando é necessário, os diferentes profissionais da equipe solicitam apoio profissional entre eles?' (M=4,77 e EP=0,11) e os valores na escala de 200 pontos de 73,5 foram indicativos de uma atitude favorável à colaboração interprofissional *(tabela 3)*.

Tabela 3. Distribuição dos respondentes segundo a atitude em relação à colaboração interprofissional

	Respostas											
Questões	**1**		**2**		**3**		**4**		**5**			**Escala**
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**m (ep)**	**-100 a +100**
Os profissionais colaboram entre si para elaborar um plano de intervenção comum?	0	0	2	3,8	7	13,4	20	38,4	23	44,2	4,22 (0,12)	61,0
Quando é necessário, os diferentes profissionais da equipe solicitam apoio profissional entre eles?	0	0	2	3,8	3	5,7	16	30,7	31	59,6	4,47 (0,11)	73,5

Fonte: Elaboração própria.
Nota: Respostas (1, 2, 3, 4, 5): escala de 5 pontos, na qual 1 corresponde ao menor grau e 5 ao maior grau.
m= valor médio; ep= erro padrão.

Não houve diferença por categoria profissional na atitude relatada, mas diferenças significativas entre as unidades foram observadas (p<0,10). Em relação à pergunta 'os profissionais colaboram entre si para elaborar um plano de intervenção comum?', a maior média foi 5,00 (EP=0,01), e a menor 3,00 (EP=0,40). Quanto à questão se 'os membros da equipe solicitam apoio profissional entre eles mesmos', a maior média foi 5,00 (EP=0,01), e a menor foi 3,5 (EP=0,64).

Quando questionados sobre a frequência média com que solicita/recorre a outros profissionais de outras áreas, a cada 10 pacientes, o valor médio foi 3,2 sem diferença significativa por categoria profissional, no entanto por unidade houve diferença (Kruskall-Wallis p=0,020), sendo a menor média igual a 2,00 (EP=0,01) e a maior igual a 4,50 (EP=0,50).

Em relação a recursos formais de colaboração interprofissional usados na organização do trabalho para a produção do cuidado, 44 (84,62%) profissionais declararam não existir reuniões de planejamento; 47 (90,38%) responderam que os prontuários não são compartilhados; 39 (75,00%) indicaram que o prontuário não contempla questões de saúde bucal e 38 (73,08%) afirmaram que existe prontuário específico empregado para o registro das ações de assistência odontológica *(tabela 4)*.

Tabela 4. Distribuição dos respondentes segundo questões relacionadas aos recursos formais de colaboração interprofissional

Respostas	**Sim**		**Não**		**Não responderam**	
Questões	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Existem reuniões de planejamento?	7	13,46	44	84,62	1	1,92
O prontuário de atendimento à gestante é compartilhado entre os profissionais da unidade de saúde?	3	5,77	47	90,38	2	3,85
O prontuário de atendimento à gestante contempla questões sobre a saúde bucal?	12	23,08	39	75,00	1	1,92
Existe um prontuário específico para a saúde bucal?	38	73,08	9	17,31	5	9,61

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

As percepções e atitudes de médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos em saúde bucal sobre as relações interprofissionais na assistência odontológica durante a atenção ao pré-natal em um município de médio porte brasileiro foram descritas neste estudo a fim de identificar o sentido delas em relação à colaboração interprofissional e de explorar se o padrão das respostas era diferente segundo a categoria profissional e a unidade de atenção primária.

De modo geral, observou-se que a percepção dos profissionais é favorável como um todo à colaboração interprofissional tanto em relação ao grau de habilidade para evitar conflitos na divisão das atividades e das responsabilidades quanto ao grau de importância das atividades de cooperação, entretanto as relações hierarquizadas e as assimetrias percebidas de modo distinto por determinadas categorias profissionais podem representar uma barreira subjetiva à implementação de protocolos que demandariam maior grau de trabalho colaborativo.

Estudo que investigou as percepções sobre comunicação e colaboração mostrou que enfermeiros e médicos não compartilham as mesmas opiniões e que a barreira mais importante para o estabelecimento de boas relações entre essas profissões era que os médicos não reconheciam o papel profissional dos enfermeiros. O estudo também indicou que a ausência de colaboração interprofissional pode resultar em uma maior possibilidade de erros e omissões nos cuidados dos pacientes e que ambos, enfermeiros e médicos, deveriam reconhecer a importância da comunicação eficaz e do trabalho compartilhado (MATZIOU *ET AL.*, 2014).

Neste estudo, observou-se diferença significativa na percepção dos profissionais em relação ao grau de hierarquia nas relações de trabalho. A colaboração interprofissional em equipes de saúde pode ser atribuída a vários elementos, incluindo os processos de trabalho em relações interpessoais dentro da equipe (os determinantes interacionais), as condições dentro da organização (os determinantes organizacionais) e o ambiente da organização (os determinantes sistêmicos). Dentre os determinantes sistêmicos, destacam-se os sistemas profissional e educacional (SAN MARTÍN-RODRIGUEZ *ET AL.*, 2005). O sistema profissional baseado em fronteiras rígidas entre as categorias profissionais da saúde pode significar uma barreira importante para o desenvolvimento da prática colaborativa. A dinâmica da profissionalização tende a produzir uma diferenciação profissional reforçando comportamentos territoriais e disciplinares dentro da equipe, uma perspectiva que está em oposição direta à lógica de colaboração.

Por outro lado, o desenvolvimento de uma prática de colaboração depende do reconhecimento mútuo dos profissionais de sua interdependência, bem como a aceitação de áreas interdisciplinares e de 'zonas cinzentas' de ação multiprofissional, nas quais as respectivas contribuições podem ser compartilhadas trazendo benefícios tanto para o paciente quanto para a organização (NANCARROW; BORTHWICK, 2005).

Quando os resultados foram analisados por unidade da atenção primária, notaram-se significativas diferenças relacionadas tanto com o grau de habilidade para evitar conflitos na divisão das atividades/responsabilidades quanto com o grau de importância das atividades de colaboração, mostrando que determinadas equipes de atenção primária compartilham percepções distintas ligadas provavelmente à dinâmica interna da equipe na qual fatores intragrupo são mais importantes que eventuais diferenças associadas ao modelo de autonomia ou à tradição de cada categoria profissional.

Em relação às atitudes, as diferenças entre as unidades de atenção primária se destacaram mais que as diferenças entre as categorias profissionais, mostrando que as características de como se dá a interação

entre membros das equipes podem sobrepujar dificuldades decorrentes do modo isolado e distinto pelo qual cada categoria profissional é formada.

Van Schaik *et al.* (2014), em um estudo sobre percepções de equipes multiprofissionais de saúde, evidenciam que as percepções de cada membro contribuem para um efetivo trabalho em equipe e revelam algumas barreiras potenciais para o trabalho eficaz em equipe interprofissional, como as tensões relativas à hierarquia, à segurança e à liderança.

Segundo Vygotsky (1998), o desenvolvimento da percepção se dá, fundamentalmente, à medida que se apreende os significados, os sentidos, enfim, o conhecimento guardado na linguagem. A percepção, ou seja, a imagem subjetiva que o homem tem da realidade, é definida na e por meio da prática social, pois, além de suas atividades individuais com os objetos, os homens se relacionam, comunicam-se e, nessa atividade interativa, apropriam-se do conhecimento, do modo de perceber e de interpretar sua cultura, do meio em que vivem. De acordo com a experiência de cada indivíduo e quanto maior, mais articulado e fundamentado for o conhecimento, mais aperfeiçoada será a percepção.

Ao cotejar os achados relativos às percepções e às atitudes dos profissionais que atuam na atenção ao pré-natal com recursos formais de colaboração interprofissional empregados na organização do trabalho para a produção do cuidado, observou-se que a maioria dos profissionais não lança mão de ferramentas como reuniões de planejamento e prontuário único sob orientação de um protocolo de cuidado compartilhado.

Estudos têm mostrado que esses recursos, combinados com outras ferramentas, como a discussão de casos de modo regular e formal e atividades gerenciais de apoio por meio de supervisão, monitoramento e/ou educação permanente, são essenciais para elevar o grau de colaboração interprofissional nos serviços de saúde (SAN MARTÍN-RODRIGUEZ *ET AL.*, 2005). Gerentes dos serviços de saúde precisariam entender como agir para apoiar os clínicos a trabalhar interdisciplinarmente, desenvolvendo habilidades de liderança para a prática interprofissional colaborativa (PROCTER *ET AL.*, 2015).

De fato, estudos têm demonstrado que os problemas de interação profissional na atenção primária podem afetar negativamente os resultados do cuidado oferecido aos pacientes. Entre os fatores que podem impedir uma colaboração eficaz entre os profissionais, destacam-se aspectos relacionados com os profissionais (falta de conhecimento e confiança nas competências e na experiência dos outros profissionais, e falta de compreensão dos papéis de outros profissionais), bem como fatores externos, como cultura profissional, limitações de tempo e problemas de entrar em contato com outros profissionais (FEWSTER-THUENTE; VELSOR-FRIEDRICH, 2008). Em uma pesquisa sobre resolubilidade do cuidado em saúde na atenção primária, Costa *et al.* (2014) apontaram que os profissionais relacionam resolubilidade com a ação realizada por uma equipe multiprofissional, com produção de vínculo e autonomia no processo de trabalho, mostrando que uma equipe multiprofissional conecta diferentes saberes, estabelece vínculos com base no conhecimento do trabalho do outro, e isso promove o entrosamento entre os profissionais e a valorização da sua participação na produção de cuidados, tornando o trabalho mais resolutivo.

Quando os serviços são muito limitados em alcance ou profundidade, e não exploram a interdisciplinaridade, as doenças preveníveis podem não ser prevenidas, enfermidades podem evoluir por mais tempo do que o justificável, a qualidade de vida pode ser colocada em risco. Por isso, empenhar as equipes de saúde em um trabalho colaborativo interprofissional dentro dos serviços de saúde pode aumentar a qualidade do atendimento pré-natal. Uma simples ação de direcionar gestantes para prevenir e controlar a

doença periodontal pode diminuir os níveis de inflamação gengival, melhorar a saúde bucal e a saúde sistêmica, elevando a qualidade da atenção ao pré-natal a uma condição importante para reduzir desfechos adversos da gestação, como, por exemplo, prematuridade e baixo peso ao nascer.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a diferença na composição etária entre as categorias profissionais sob estudo. Outra limitação diz respeito ao número de respondentes que não permite extrair estimativas mais robustas e aprofundar as conclusões para além de um estudo exploratório. Por outro lado, o presente estudo é um dos primeiros trabalhos na área da saúde bucal investigando a colaboração interprofissional, com olhar nas relações e interações entre os profissionais da atenção ao pré-natal. Sem considerar a enfermagem, a colaboração entre grupos de profissionais da saúde permanece relativamente inexplorada na literatura (SUPPER *ET AL.*, 2014).

Conclusão

Diante dos resultados encontrados, pode-se concluir que, apesar da percepção geral dos profissionais ter sido favorável à colaboração interprofissional, recursos formais e ferramentas como reuniões de planejamento e prontuário único sob orientação de um protocolo de cuidado compartilhado não estão sendo empregados para potencializar as relações interprofissionais, refletindo um nítido distanciamento entre o potencial percebido captado pelas entrevistas e a prática apoiada pelos instrumentos utilizados para as ações de atenção ao pré-natal. ■

Referências

COSTA, J. P. *et al.* Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde Debate,* Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, out./dez., 2014.

D'AMOUR, D. *et al*. A model and tipology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, London, v. 8, n. 188, set. 2008.

FEWSTER-THUENTE, L.; VELSOR-FRIEDRICH, B. Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. *Nurs Adm Q.,* Germantown, v. 32, n. 1, p. 40-48, 2008.

HUCK, O.; TENENBAUM, H.; DAVIDEAU, J. L. L. Relationship between periodontal diseases and preterm birth: recent epidemiological and biological data. *Journal of pregnancy,* Cairo, v. 2011, 2010.

LACHAT, M. F. *et al*. Periodontal disease in pregnancy: review of the evidence and prevention strategies. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing,* Frederick, v. 25, n. 4, p. 312-319, 2011.

MATUDA, C. *et al*. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc. Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, 2015 (no prelo).

MATZIOU, V. *et al.* Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *J Interprof Care,* Abingdon, v. 28, n. 6, p. 526-533, 2014.

MORGAN, M. *et al.* Oral health during pregnancy. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, Boca Raton, v. 22, n. 9, p. 733-739, 2009.

MORGAN, S; PULLON, S.; MCKINLEY, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *Int. J. Nurs. Stud.*, Oxford, v. 52, n. 7, p. 1217-1230, 2015.

NANCARROW, S. A.; BORTHWICK, A. M. Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociol Health Illn,* Boston, v. 27, n. 7, p. 897-919, 2005.

PEREIRA, J. C. R. *Análise de dados qualitativos:* estratégias metodológicas para as ciências da saúde humanas e sociais. São Paulo: Edusp, 2001.

PROCTER, S. *et al.* A case study of asthma care in school age children using nurse-coordinated multidisciplinary collaborative practices. *Journal of Multidisciplinary Healthcare,* Auckland, v. 8, p. 181-188, 2014.

ROCHA, J. M. *et al.* Obstetricians' knowledge of periodontal disease as a potential risk factor for preterm delivery and low birth weight. Braz. *Oral Res.,* São Paulo, v. 25, n. 3, p. 248-254, jun. 2011.

SAN MARTÍN-RODRIGUEZ, L.; D'AMOUR, D.; LEDUC, N. Validación de un instrumento de medida de la intensidad de la colaboración entre los profesionales de la salud traducido al español. *Enferm Clin*, Barcelona, v. 17, n. 1, p. 24-31, 2007.

SAN MARTÍN-RODRIGUEZ, L. *et al.* The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care,* Abingdon, supl. 1, p. 132-147, maio 2005.

SANTOS NETO, E. T. *et al.* Acesso à assistência odontológica no acompanhamento pré-natal. *Ciênc. Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3057-3068, 2012.

SUPPER, O. *et al.* Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health,* Oxford, v. 37, n. 4, p. 716-727, 2015.

VAN SCHAIK, S. M. *et al.* Perceptions of interprofessional teamwork in low-acuity settings: a qualitative analysis. *Medical Education,* Oxford, v. 48, p. 583-592, 2014.

VYGOTSKY, L. S. *O desenvolvimento psicológico na infância.* São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practise.* Genebra: WHO/HRH/HPN, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/>. Acesso em: 7 jun. 2012.

ZANATA, R. L.; FERNANDES, K. B.; NAVARRO, P. S. Prenatal dental care: Evaluation of Professional knowledge of obstetricians and dentists in the cities of Londrina/PR and Bauru/SP, Brazil, 2004. *J. Appl. Oral Sci.,* Bauru, v. 16, n. 3, p. 194-200, 2008.

Recebido para publicação em outubro de 2015
Versão final em fevereiro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo: 476505/2012-7. O último autor é pesquisador do CNPq (304251/2012-7)

Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial

Burden and participation of family in the care of Psychosocial Care Centers users

Thaíssa Lima dos Reis[1], Catarina Magalhães Dahl[2], Silvia Monnerat Barbosa[3], Melissa Ribeiro Teixeira[4], Pedro Gabriel Godinho Delgado[5]

RESUMO 'Sobrecarga familiar' é o impacto que o cuidado dedicado a um paciente pode provocar no ambiente familiar. O objetivo do presente estudo foi investigar a sobrecarga vivida por familiares cuidadores de usuários atendidos em Centros de Atenção Psicossocial. Para tanto, aplicaram-se a Escala de Sobrecarga dos Familiares de Pacientes Psiquiátricos e um questionário sociodemográfico. Os resultados indicam uma relevante presença de sobrecarga nas famílias analisadas e a importância do envolvimento de familiares no cuidado de pessoas com problemas mentais. Foi possível, também, registrar que ainda é incipiente o trabalho parceiro com as famílias realizado pelos serviços de atenção psicossocial.

PALAVRAS-CHAVE Cuidadores; Serviços de saúde mental; Saúde da família; Transtornos mentais; Psiquiatria comunitária.

ABSTRACT *'Family burden' is the impact that may result in the family environment from the care devoted to a patient. The aim of this paper was to investigate the burden experienced by family caregivers of users assisted in Psychosocial Care Centers. For this purpose, we have applied the Family Burden Interview Scale for Relatives of Psychiatric Patients – BR and a socio-demographic questionnaire. The results indicate a relevant presence of burden in the analyzed families and the importance of the involvement of relatives in the care of people with mental disorders. It was also possible to register that cooperation with families in the work conducted by psychosocial care services is still incipient.*

KEYWORDS *Caregivers; Mental health services; Family health; Mental disorders; Community psychiatry.*

[1] Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Psiquiatria, Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *psireis@yahoo.com.br*

[2] Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Psiquiatria, Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *catdahl@hotmail.com*

[3] Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Psiquiatria, Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *silviamonnerat@yahoo.com.br*

[4] Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Psiquiatria, Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *melissartos@gmail.com*

[5] Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Psiquiatria, Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *p.g.godinhodelgado@gmail.com*

 DOI: 10.1590/0103-1104201610906

Introdução

Durante muito tempo, no Brasil, o tratamento psiquiátrico de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes foi realizado dentro de grandes hospitais e baseado em internações prolongadas, gerando o afastamento do indivíduo de sua família e da sociedade. Como afirmam Koga e Furegato (2002), os únicos momentos em que o paciente tinha contato com os familiares eram durante as esporádicas visitas ou na rara alta hospitalar.

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica e a implantação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), tanto a institucionalização prolongada quanto o isolamento do paciente de seus familiares e do seu meio social passaram a ser objeto de críticas, e sua superação tornou-se um dos objetivos das ações que visam à substituição do modelo asilar pelo comunitário. A ênfase atual da saúde mental pública é a montagem de uma rede comunitária de atenção que tem por fim a inclusão social dos pacientes na comunidade, fortalecendo seu cuidado, seus vínculos familiares e sociais, dando sustentação à proposta de tratamento dos transtornos mentais fora da instituição psiquiátrica hospitalar.

Essa mudança no modelo se mostrou extremamente rica para um tratamento humanizado, que prioriza a reabilitação psicossocial; entretanto, também revelou desafios importantes, especialmente no que diz respeito ao lugar e à função dos familiares na sustentabilidade do projeto psicossocial. A família, que, no modelo anterior, centrado no hospital, situava-se em total exterioridade ao processo de cuidado, passou a lidar mais direta e cotidianamente com o familiar portador de transtorno mental (DELGADO, 2014). O preparo, o conhecimento e até o suporte aos familiares por parte dos serviços comunitários ainda não foram suficientemente equacionados para dar conta da proposta da nova PNSM (BANDEIRA; BARROSO, 2005). De acordo com a norma do Ministério da Saúde (Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002), que estabelece as diretrizes de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), serviços estratégicos da rede de atenção, a assistência prestada ao usuário inclui o atendimento à família e o desenvolvimento de atividades comunitárias, visando à integração do usuário na comunidade e à sua inserção familiar e social. Porém, essas ações não vêm sendo desenvolvidas a contento em grande número de serviços. Bandeira *et al.* (2011) afirmam que a parceria dos profissionais de saúde com a família pode ser bastante benéfica para o tratamento do usuário, incidindo na diminuição das internações, na redução de conflitos familiares e diminuindo a sobrecarga sentida pelos cuidadores.

No modelo comunitário de atenção, a família pode, muitas vezes, ver-se em uma situação de desamparo diante da ansiedade por não saber lidar com a rotina do paciente, com os comportamentos ditos problemáticos, a administração da medicação e os próprios impasses cotidianos produzidos pela experiência do adoecimento. Estudos constataram que, quando o familiar cuidador reside com o paciente, há uma sobrecarga maior, pois ocorre aumento de afazeres nas tarefas diárias e na assistência a ser prestada (ALMEIDA *ET AL.*, 2010). O termo 'sobrecarga familiar' ('*family burden*') está ligado ao impacto que a presença do paciente com transtorno mental pode provocar no ambiente familiar, apresentando aspectos econômicos, práticos e emocionais, principalmente para familiares que estão diretamente ligados aos cuidados do usuário (SOUZA FILHO *ET AL.*, 2010). Os serviços de saúde mental ainda são, aparentemente, pouco efetivos no acompanhamento cuidadoso que a política de saúde mental propõe, e isso, em certa medida, contribui para a sobrecarga nas famílias, já que cabe a elas boa parte do amparo cotidiano ao paciente, lidando com ansiedades e preocupações inerentes ao cuidado.

O conceito de sobrecarga vem sendo estudado a partir de sua distinção em duas

dimensões, complementares entre si: a de sobrecarga objetiva e a de sobrecarga subjetiva. A primeira se refere às mudanças que podem ocorrer na rotina diária do familiar, como a restrição das vidas social e profissional, dispêndios financeiros, supervisão de comportamentos problemáticos, entre outros, que acabam por forçá-lo a abrir mão de alguns projetos e objetivos de vida. A segunda dimensão está relacionada aos aspectos emocionais inerentes ao cuidado do paciente, como preocupações, percepções, sentimentos negativos e diversos incômodos que essa atividade pode acarretar (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007).

O presente estudo visou a investigar o componente da sobrecarga sentida pelos familiares cuidadores de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes e os dados sociodemográficos de uma amostra de familiares que acompanham usuários de Caps do estado do Rio de Janeiro, buscando fornecer uma contribuição para a assistência à saúde mental no estado com base nas propostas da Reforma Psiquiátrica. Para fins desta pesquisa, um instrumento que considera as duas dimensões da sobrecarga (objetiva e subjetiva) e um questionário sociodemográfico foram aplicados. O presente artigo é um recorte de um projeto de pesquisa e extensão mais amplo, ainda em andamento, destinado a promover o fortalecimento da autonomia dos familiares na função de cuidadores.

Método

Fizeram parte do estudo 107 familiares cuidadores de usuários em atendimento em 19 Caps da rede pública do estado do Rio de Janeiro (entre Caps e Centro de Atenção Psicossocial Infantil e Juvenil — Capsi; não foram incluídos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (Capsad). A escolha dos familiares baseou-se em sua presença em ciclos de encontros desenvolvidos após convocação aberta, realizada nas reuniões de família dos Caps; dessa forma, o recrutamento realizou-se através de convite às pessoas presentes nas reuniões de família dos serviços. Os critérios de inclusão foram: ser familiar de usuário em acompanhamento em Caps; aceitar participar da pesquisa de sobrecarga; e ter idade superior a 18 anos.

Na pesquisa, foram utilizados dois instrumentos para obtenção dos dados. Primeiramente, um questionário sociodemográfico elaborado pelo grupo de pesquisa. O outro instrumento foi a Escala de Sobrecarga dos Familiares de Pacientes Psiquiátricos (FBIS-BR), elaborada por Tessler e Gamache (1994), adaptada e validada no Brasil por Bandeira *et al.* (2005).

A escala FBIS-BR (Family Burden Interview Scale for Relatives of Psychiatric Patients – BR) tem por objetivo avaliar os dois tipos de sobrecarga (objetiva e subjetiva) através de 52 itens, distribuídos em cinco subescalas: (A) assistência ao paciente na vida cotidiana; (B) supervisão dos comportamentos problemáticos; (C) gastos financeiros; (D) impacto na rotina; e (E) preocupações com o paciente. A sobrecarga objetiva é avaliada por meio de uma escala tipo Likert (1 = nenhuma vez; até 5 = todos os dias), em que o familiar responde com que frequência executou algumas tarefas de cuidado ao usuário, lidou com os comportamentos problemáticos e sofreu alterações na vida diária. No caso da sobrecarga subjetiva, é também utilizada uma escala Likert, mas com quatro pontos (1 = nem um pouco; até 4 = muito), equivalentes ao nível de incômodo gerado ao prestar assistência e às alterações em sua vida pessoal; e por escalas também de cinco pontos (1 = nunca; até 5 = sempre ou quase sempre), para a frequência das preocupações e o peso dos gastos financeiros com os usuários. O instrumento permite, também, uma mensuração da contribuição do usuário nas despesas e alterações permanentes ocorridas na vida do familiar cuidador. Essas questões devem ser respondidas

com relação aos 30 dias anteriores à entrevista, existindo somente um único item que avalia o último ano.

Levando-se em conta que a escala FBIS-BR não possui um ponto de corte estabelecido, estima-se o grau de sobrecarga como elevado ao considerar a frequência (porcentagem) das respostas aos dois últimos pontos da escala Likert para cada uma das subescalas (BANDEIRA; CALZAVARA; VARELLA, 2005).

Tanto a escala FBIS-BR quanto o questionário sociodemográfico foram aplicados presencialmente, em entrevistas individuais realizadas por pesquisadores previamente treinados.

A análise dos dados sociodemográficos e das respostas à FBIS-BR não foi apenas quantitativa, tendo sido considerada, também, a narrativa recolhida no momento da aplicação, apenas para ilustração quanto ao contexto. Analisou-se a frequência das respostas aos itens da FBIS-BR, e os dados encontrados foram confrontados com os achados de artigos da literatura sobre o tema, para estudar os itens que influenciam os níveis de sobrecarga dos familiares.

Esses familiares foram devidamente informados a respeito dos objetivos da pesquisa e da garantia de confidencialidade e privacidade dos dados, através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e aprovado sob o número 15 – liv. 4-11, CAAE 0044.0.249.000-11.

Resultados

Características dos familiares

Os Caps participantes são responsáveis por diversas regiões do estado do Rio de Janeiro. A distribuição ocorreu da seguinte forma: 33 familiares de Caps do município do Rio de Janeiro, 14 de Caps do município de Niterói e 61 de demais municípios do estado, sendo 100 familiares nos Caps de adultos e 08 nos Capsi. Cabe destacar que um familiar estava referenciado em dois Caps diferentes, pois acompanhava mais de um usuário.

A maioria dos cuidadores era do sexo feminino (80,00%) e casado (46,73%). Houve prevalência de mães de usuários (43,93%). A maior parte dos familiares tinha idade entre 41 e 60 anos (62,62%). Quanto à escolaridade, 14,01% apresentaram baixa escolarização (0 a 4 anos de estudo); 32,71% apresentaram escolaridade básica (5 a 8 anos de estudo); e 44,87% haviam cursado 9 anos ou mais do ensino regular.

Entre os cuidadores, 57,94% residiam com o paciente, sendo a maioria em casa própria (84,11%). A renda familiar da maior parcela variou de 01 a 04 salários mínimos (62,62%) e a maior parcela das famílias contava com o benefício previdenciário recebido pelo paciente (52,34%).

Cabe destacar a presença da prática religiosa na vida dos familiares, sendo que apenas 6,54% declararam não ter religião: 58,88% se declararam evangélicos/pentecostais; 27,10% católicos; 2,80% espíritas; e 4,67% não responderam. Para 75,70%, a religião é considerada 'muito importante'.

Quanto à situação atual de trabalho, 21,50% eram aposentados e 36,45% tinham emprego formal em atividade. Embora fosse expressiva a presença de trabalho informal entre os entrevistados, 37,38% se declararam desempregados.

As características sociodemográficas da amostra de familiares estão descritas na *tabela 1* em termos de números absolutos e porcentagens.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos familiares

Variáveis		**Frequência N**	**%**
Sexo	Feminino	86	80,00
	Masculino	21	20,00
Faixa etária	21-40 anos	8	7,48
	41-60 anos	67	62,62
	61-80 anos	31	28,97
	81-100 anos	1	0,93
Parentesco	Mãe	47	43,93
	Pai	11	10,28
	Irmã ou irmão	33	30,84
	Filha ou filho	1	0,93
	Outro	15	14,02
Estado civil	Casado/vivendo com alguém	50	46,73
	Viúvo	21	19,63
	Solteiro	20	18,69
	Separados ou divorciados	16	14,95
Anos escolares	Analfabeto	3	2,80
	01 a 04 anos	12	11,21
	05 a 08 anos	35	32,71
	09 a 12 anos	34	31,78
	13 a 16 anos	10	9,35
	17 ou mais	4	3,74
	Não sabe	2	1,87
	Não respondeu	7	6,54
Mora com o paciente	Sim	62	57,94
	Não	28	26,17
	Não respondeu	17	15,89
Residência	Própria	90	84,11
	Outro tipo	15	14,02
	Não respondeu	2	1,87
Renda familiar	Não possui renda própria	1	0,93
	Menos de 1 salário mínimo	23	21,50

Tabela 1. (cont.)

Renda familiar	01 a 02 salários mínimos	28	26,17
	02 a 04 salários mínimos	39	36,45
	Mais de 04 salários mínimos	14	13,08
	Não respondeu	1	0,93
	Não sabe	1	0,93
Benefício do paciente	Recebe	56	52,34
	Não recebe	44	41,12
	Não respondeu	7	6,54
Ocupação profissional	Aposentado	23	21,50
	Empregado	39	36,45
	Desempregado	40	37,38
	Não respondeu	5	4,67
Religião	Católico	29	27,10
	Evangélico / Pentecostal	63	58,88
	Espírita	3	2,80
	Sem religião	7	6,54
	Não respondeu	5	4,67
Importância da religião	Nenhuma	2	1,87
	Pequena	2	1,87
	Moderada	15	14,02
	Muito grande	81	75,70
	Não respondeu	7	6,54

Fonte: Elaboração própria.

Sobrecarga objetiva

A *tabela 2* apresenta a sobrecarga objetiva dos familiares, mensurada pelas porcentagens de respostas 1 e 2 consideradas de sobrecarga baixa e 4 e 5 , sobrecarga elevada, nas subescalas da FBIS-BR. Os resultados indicaram que a maioria dos familiares presta assistência na vida cotidiana dos pacientes (o instrumento FBIS-BR utiliza o termo 'paciente', em vez de usuário) entre 3 vezes por semana a todos os dias, o que demonstra um elevado grau de sobrecarga objetiva desses cuidadores para essa dimensão (subescala A). Com relação ao auxílio cotidiano que os familiares prestam aos pacientes, pôde-se constatar o peso mais alto de algumas tarefas. Dessa forma, ajudar no preparo das refeições foi a atividade que acarretou maior sobrecarga objetiva aos familiares (68,22%). A frequência de respostas dadas pelos familiares também indicou que assessorar o paciente na higiene pessoal (54,21%), lembrá-los de tomar a medicação ou mesmo

dar o remédio (58,88%), auxiliar nas tarefas do lar (54,21%) e pedir que os pacientes ocupassem seu tempo ocioso (51,40%) contribuíram para a sobrecarga objetiva vivenciada. Comparativamente, responsabilizar-se pelas compras do paciente (31,78%), acompanhá-lo no transporte (31,78%), ajudar na administração do próprio dinheiro (40,19%) e lembrá-lo de suas consultas médicas (29,91%) determinaram um nível mais baixo da sobrecarga sentida pelos familiares.

Quando considerada a supervisão dos comportamentos ditos problemáticos (subescala B), os resultados indicaram que monitorar o consumo exacerbado de fumo e/ou bebidas não alcoólicas dos pacientes foi o maior responsável pela sobrecarga objetiva (43,93%). Os aspectos que menos contribuíram para elevar a sobrecarga foram supervisionar os comportamentos autoagressivos e de ideação suicida (3,74%) e o uso de drogas ilícitas (2,80%). As frequências mais baixas nessa subescala podem ser explicadas pelo fato de que todos os usuários estavam em acompanhamento regular por serviços comunitários de saúde mental.

Nos impactos na rotina diária do cuidador (subescala D), nenhum dos itens indicou contribuição para o aumento do nível de sobrecarga objetiva nos familiares.

Tabela 2. Sobrecarga objetiva dos familiares

Subescalas	Itens	Respostas 1 e 2*	Resposta 3**	Respostas 4 e 5***	Não respondeu
A. Assistência na vida cotidiana	Higiene	37,38%	8,41%	54,21%	0,00%
	Medicação	35,51%	4,67%	58,88%	0,93%
	Tarefas de casa	29,91%	14,95%	54,21%	0,93%
	Compras	47,66%	17,76%	31,78%	2,80%
	Alimentação	19,63%	8,41%	68,22%	3,74%
	Transporte	40,19%	26,17%	31,78%	1,87%
	Dinheiro	52,34%	5,61%	40,19%	1,87%
	Ocupação do tempo	27,11%	21,50%	51,40%	0,00%
	Consultas médicas	46,83%	23,36%	29,91%	0,00%
B. Supervisão aos comportamentos problemáticos	Comportamentos problemáticos	54,21%	19,62%	26,17%	0,00%
	Pedir atenção excessiva	43,93%	18,89%	39,25%	0,93%
	Perturbação noturna	71,96%	5,61%	21,50%	0,93%
	Heteroagressão	80,38%	6,54%	13,08%	0,00%
	Autoagressão (ideação suicida)	91,59%	4,67%	3,74%	0,00%
	Beber demais	90,65%	3,74%	2,80%	2,80%
	Fumar ou beber demais (bebidas não alcoólicas)	33,64%	22,43%	43,93%	0,00%
	Usar drogas	94,39%	1,87%	2,80%	0,93%

Tabela 2. (cont.)

D. Impacto na rotina diária do cuidador	Atrasos ou ausência em compromissos	69,16%	18,69%	11,22%	0,93%
	Alterações no lazer do cuidador	67,29%	10,28%	22,43%	0,00%
	Alterações no serviço/rotina de casa	60,75%	14,95%	24,30%	0,00%
	Diminuição da atenção aos outros familiares	60,75%	12,15%	27,10%	0,00%

Fonte: Elaboração própria.

* 1 e 2: Nenhuma vez / menos que uma vez por semana.

** 3: Uma ou duas vezes na semana.

*** 4 e 5: De três a seis vezes por semana.

Sobrecarga subjetiva

A *tabela 3* registra a sobrecarga subjetiva vivenciada pelos familiares. Vale lembrar que a sobrecarga é considerada elevada através das respostas 3 e 4 aos itens sobre assistência na vida cotidiana do paciente e supervisão dos comportamentos problemáticos. Nos itens sobre o peso dos gastos, os impactos nas rotinas diárias do cuidador e a frequência das preocupações com os pacientes, a sobrecarga é considerada elevada pelas respostas 4 e 5.

Foi possível observar, como fato muito relevante, que a maioria dos familiares não sentiu sobrecarga subjetiva ao prestar assistência na vida cotidiana do paciente (subescala A), mesmo que a frequência tenha sido alta. A tarefa que gerou maior incômodo foi de auxiliar nas tarefas da casa (45,80%), e a que gerou menor incômodo foi a de cozinhar para o usuário ou mesmo ajudar no preparo das refeições (15,89%).

A análise dos resultados também demonstrou elevado grau de sobrecarga subjetiva na supervisão de comportamentos problemáticos dos pacientes (subescala B), embora a frequência dessa supervisão tenha sido baixa. Monitorar os comportamentos de fumar e/ou beber excessivamente bebidas não alcoólicas (49,53%) e os comportamentos ditos problemáticos (51,40%) foram os itens de maior incômodo para os familiares. O que gerou menor incômodo foi monitorar o uso de drogas e de bebidas alcoólicas (nenhum familiar demonstrou incômodo). É preciso lembrar que não foram incluídos Capsad na pesquisa.

Quando observada a percepção que os familiares têm a respeito do peso financeiro acarretado pelo papel de cuidador no último ano, os resultados mostraram que a maior parcela dos familiares (46,73%) não se sentiu sobrecarregada nesse aspecto.

Quanto ao impacto permanente na rotina diária do cuidador (item D2), os resultados indicaram que a maioria dos familiares (80,37%) sentiu esse impacto de forma elevada, gerando sobrecarga em suas vidas.

As preocupações com os pacientes (subescala E) também foram itens responsáveis por gerar sobrecarga subjetiva elevada nos familiares. Os aspectos responsáveis pelos maiores índices de preocupação para os familiares foram referentes às preocupações com a segurança física do paciente (84,11%) e com seu futuro (85,98%); já os que geraram menor preocupação foram a qualidade do tratamento (42,99%) e as condições de moradia (44,86%).

Tabela 3. Sobrecarga subjetiva dos familiares

Subescalas	Itens	Respostas 1 e 2*	Resposta 3 e 4 ou 3**	Respostas 4 e 5***	Sem mudanças	Não respondeu
A. Assistência na vida cotidiana	Higiene	31,78%	36,45%	-	-	31,78%
	Medicação	38,32%	31,78%	-	-	29,91%
	Tarefas de casa	28,97%	45,80%	-	-	25,23%
	Compras	37,38%	24,30%	-	-	38,32%
	Alimentação	63,55%	15,89%	-	-	20,56%
	Transporte	47,66%	22,43%	-	-	29,91%
	Dinheiro	28,97%	25,23%	-	-	45,79%
	Ocupação do tempo	35,51%	42,99%	-	-	21,50%
	Consultas médicas	34,58%	31,78%	-	-	33,64%
B. Supervisão aos comportamentos problemáticos	Comportamentos problemáticos	9,35%	28,04%	-	-	39,25%
	Pedir atenção excessiva	21,50%	43,92%	-	-	34,58%
	Perturbação noturna	8,41%	37,78%	-	-	59,81%
	Heteroagressão	8,41%	28,04%	-	-	63,55%
	Autoagressão (ideação suicida)	4,67%	16,82%	-	-	78,50%
	Beber demais	0	10,28%	-	-	89,72%
	Fumar ou beber demais (bebidas não alcoólicas)	19,69%	49,53%	-	-	31,78%
	Usar drogas	0	5,61%	-	-	94,39%
C. Gastos	Peso dos gastos com o paciente	46,73%	21,50%	29,91%	-	1,87%
D. Impacto na rotina diária do cuidador	D2: Impacto permanente na vida do cuidador	8,41%	80,37%	-	9,35%	1,87%
E. Preocupações com o paciente	Segurança física	9,35%	6,54%	84,11%	-	0,00%
	Qualidade do tratamento	42,99%	18,69%	38,32%	-	0,00%
	Vida social	22,43%	16,82%	60,75%	-	0,00%
	Saúde	11,21%	15,89%	71,96%	-	0,93%
	Moradia	44,86%	10,28%	43,93%	-	0,93%
	Finanças	23,36%	9,35%	67,29%	-	0,00%
	Futuro	5,61%	8,41%	85,89%	-	0,00%

Fonte: Elaboração própria.

*Para as subescalas A e B: 1 – Nem um pouco / 2 – muito pouco; sendo que se assinalada a resposta 1 na escala de sobrecarga objetiva, não se deve responder ao mesmo item na escala de sobrecarga subjetiva. Para as subescalas C e E: 1 – Nunca / 2 – Raramente. Para a subescala D: 1 – Nenhuma vez / 2 – Menos que uma vez por semana.

**Para as subescalas A, B e D: 3 – Um pouco / 4 – Muito. Para a subescala C: 3 – Às vezes.

*** Para as subescalas C e E: 4 – Frequentemente / 5 – Sempre ou quase sempre.

Discussão

Em concordância com a literatura acerca do tema, o presente estudo identificou que as mães são as principais cuidadoras dos pacientes, sendo elas as que experimentam maior sobrecarga em relação aos demais familiares (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007). Nolasco *et al*. (2014) comentam que os familiares do sexo feminino acabam por acumular muitas tarefas domésticas, além do cuidado com o parente com transtorno mental, aumentando, assim, sua sobrecarga. Destacam, ainda, que essas atividades são usualmente vistas como um trabalho próprio das mulheres. De acordo com Souza Filho *et al*. (2010), os estudos sobre o tema indicam que as relações de cuidado foram historicamente construídas a partir da divisão de gênero no trabalho, sendo os lugares sociais determinados de acordo com o gênero do sujeito; dessa forma, o cuidar tornou-se função prevalentemente feminina. Os resultados do presente estudo corroboram a percepção de tal tendência, sendo a maioria dos cuidadores mulheres, casadas, com grau de parentesco principalmente de mãe do paciente. Nolasco *et al*. (2014) comentam, também, que essa configuração é resultado de uma distribuição de cuidados pelos membros das famílias e espelha um padrão típico de obrigação de acordo com o parentesco, em que os pais e os cônjuges seriam os mais envolvidos com a tarefa. Eloia *et al*. (2014) relatam, em revisão sobre o tema, o quão expressivo é o risco de adoecimento, por causa da sobrecarga, em situações de desemprego, principalmente se o cuidador for mulher, que acumula (em dupla ou tripla jornada) diversas funções: mãe, esposa, dona de casa, além de cuidadora, comprometendo, assim, o cuidado de si mesma e o lazer.

Constatou-se que a maioria dos cuidadores residia com o usuário. De acordo com Barroso, Bandeira e Nascimento (2007), esse dado difere um pouco dos estudos internacionais, que evidenciaram uma quantidade grande de familiares não residindo com o parente com transtorno mental, se comparado com o contexto brasileiro. Cabe destacar, ainda, a possibilidade de tal aspecto contribuir para o aumento da sobrecarga objetiva relativa aos cuidados com o auxílio nas tarefas diárias, que foi observado neste estudo. A comparação com os dados disponíveis de outros países sugere que é mais frequente no Brasil a configuração 'familiar cuidador que reside com o usuário', fato que merece análise mais acurada. Esse fenômeno, se confirmado em estudos posteriores, poderá, talvez, ser atribuído, no caso brasileiro, a uma característica cultural (maior disponibilidade ao cuidado no ambiente residencial) ou à capacidade da rede de atenção e de recursos existentes (número insuficiente de serviços residenciais ou outros dispositivos), ou a ambos os fatores.

Com os resultados obtidos, foi possível observar que a sobrecarga objetiva foi maior no desenvolvimento das atividades de assistência da vida cotidiana do paciente do que nos demais afazeres. Schein e Boeckel (2012) afirmam que essa característica pode dever-se à pequena participação dos pacientes em tais atividades, ao tempo envolvido e à repetição cotidiana. Já na sobrecarga subjetiva, supervisionar os comportamentos problemáticos foi responsável por gerar maior incômodo. Esses dados coincidem com os de Barroso, Bandeira e Nascimento (2007), Schein e Boeckel (2012) e Nolasco *et al*. (2014).

Houve uma elevada sobrecarga subjetiva, na maioria dos familiares, relacionada à supervisão dos comportamentos problemáticos dos pacientes e às preocupações com a segurança e o futuro deles. Esses dados podem alertar os serviços de saúde mental sobre a necessidade de um suporte especial para essas dimensões geradoras de maior sobrecarga aos familiares, em especial, sobre como lidar com os comportamentos problemáticos dos pacientes. É necessário que haja intervenções para orientar os familiares no manejo desses comportamentos mais difíceis

e que, muitas vezes, produzem reações de constrangimento. De acordo com Delgado (2014), a experiência internacional destaca a educação em saúde, o treinamento para a lida com as situações cotidianas e a elaboração de técnicas solidárias e de 'ajuda mútua' como dispositivos para diminuição da sobrecarga, das crises intrafamiliares, para melhor adesão ao tratamento por parte dos pacientes e para maior autonomia dos familiares diante das exigências do acompanhamento.

Com relação às tarefas de assistência na vida cotidiana do paciente, observou-se uma frequência alta que, entretanto, não era responsável por gerar um incômodo elevado. Alguns estudos apontam que tal característica pode ser considerada típica da cultura brasileira: a aceitação das tarefas de cuidado com um familiar, sendo ele portador de algum transtorno ou não (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007). Na revisão de Eloia *et al.* (2014), ressalta-se que, mesmo diante da sobrecarga, os cuidadores se sentem satisfeitos em cuidar de seus familiares.

Destaca-se que precisar pedir ao paciente que ocupe seu tempo foi uma das tarefas de assistência à vida cotidiana responsável por um alto grau de sobrecarga objetiva e subjetiva. Esse registro pode indicar não somente a inatividade de muitos pacientes, mas, também, a baixa efetividade dos serviços de saúde em propor atividades ocupacionais e recreativas para os usuários, especialmente nos casos de transtornos mentais graves e persistentes. Essas atividades poderiam ampliar as possibilidades de melhora da qualidade de vida do usuário e contribuir para aliviar a sobrecarga sentida pelos familiares.

Igualmente, constatou-se que os impactos na rotina diária do cuidador não foram responsáveis por altos índices de sobrecarga objetiva. Entretanto, ao observar os impactos permanentes na vida desse familiar, houve um grau elevado de alterações, seja no aspecto social, seja no profissional, levando à sobrecarga subjetiva elevada. De acordo com Barroso, Bandeira e Nascimento (2007), a literatura vem apontando nessa direção, com destaque para o fato de que as restrições ao lazer e às atividades sociais constituem as principais mudanças permanentes na vida dos familiares. Estudo de Souza Filho *et al.* (2010) também constatou mudanças permanentes na vida dos familiares, seja no âmbito profissional, social ou na rotina cotidiana, elevando, assim, o nível de sobrecarga subjetiva. Eloia *et al.* (2014) destacam outras possíveis consequências do cuidado em domicílio, como a possibilidade de desestruturação da família, a solidão do cuidador, poucas oportunidades de emprego, lazer e descanso.

Observou-se que as preocupações que geram maior incômodo aos familiares estão relacionadas ao futuro dos pacientes e à sua segurança física (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007; SOUZA FILHO *ET AL.*, 2010). Há uma queixa recorrente relacionada à preocupação sobre como seria a vida do paciente com a morte do familiar cuidador, e os dados obtidos no presente estudo corroboram os registros disponíveis na literatura sobre o tema. Delgado (2014) acrescenta que está presente na narrativa dos familiares a temática do medo que o familiar demonstra com relação ao próprio envelhecimento e à possibilidade de vir a faltar para o usuário.

A maioria dos familiares não demonstra grau elevado de preocupação quanto à moradia do paciente. Isso pode estar relacionado ao fato de que a maioria dos familiares do presente estudo reside com o paciente e possui casa própria (apesar de serem, em sua maioria, de renda baixa, como já mencionado).

Cabe destacar, também, que, de acordo com os resultados obtidos, a maior parcela dos familiares não relatou preocupações quanto à qualidade do tratamento oferecido pelos 19 Caps que participaram da pesquisa. Tal fato sugere que os cuidadores confiam no serviço de saúde mental e na equipe que acompanha o paciente. Aliado a isso, no questionário sociodemográfico, a maioria dos familiares relatou ser fácil o acesso físico

ao Caps (menos de 30 minutos de deslocamento). Nesse aspecto, a proposta da política de saúde mental, de criar serviços de atenção territoriais próximos aos pacientes, facilitando, assim, o tratamento, pode ser considerada, em parte, bem sucedida. Os estudos de Almeida *et al*. (2010) evidenciam que os cuidadores valorizam o tratamento no Caps como uma possibilidade de também reduzir a sobrecarga, acreditando que o tratamento adequado diminui a dependência do paciente, diante da melhora da sintomatologia. Em estudos brasileiros (WAIDMAN; JOUCLAS; STEFANELLI, 2002; BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007), são apresentados relatos de familiares que desejavam que os pacientes permanecessem em casa, recebendo tratamento comunitário, mesmo em situações de frágil estrutura econômica e em casos de cuidado complexo.

Os resultados da presente pesquisa mostraram que a maior parte dos usuários recebe algum tipo de auxílio financeiro, que, em muitos casos, serve para complementar a renda familiar. Barroso, Bandeira e Nascimento (2009) relatam que, diferindo de achados internacionais, a maioria dos pacientes psiquiátricos brasileiros tem algum tipo de renda própria, sendo a aposentadoria por invalidez a principal. Mas ainda existe um grau elevado de preocupação por parte do cuidador com relação à sobrevivência financeira do paciente em sua ausência; outros estudos já apontaram para essa preocupação, principalmente quando o paciente não possui independência financeira (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2009). Mesmo para o paciente que recebe o próprio dinheiro, ainda existem muitos casos em que cabe à família o papel de administrar esse recurso. E, ainda, há situações em que esses benefícios financeiros não são suficientes para suprir todos os gastos, fazendo com que o paciente ainda dependa, financeiramente, do familiar. Vale ressaltar que, mesmo sendo a minoria (41,12%), uma parcela grande de pacientes não é contemplada com algum tipo de benefício financeiro.

Os estudos que abordam a temática da sobrecarga financeira (KOGA; FUREGATO, 2002; ALMEIDA *ET AL.*, 2010) relatam situações em que o paciente, depois de seu adoecimento, deixou de contribuir para a renda familiar ou reduziu sua contribuição. Além disso, ainda há o agravante de casos em que o familiar precisa deixar de trabalhar para se dedicar ao cuidado. Koga e Furegato (2002) destacam, também, referindo-se à esquizofrenia, que o transtorno mental se manifesta em idade precoce, é crônico e, por causa disso, gera impacto sobre a queda ou perda da capacidade produtiva do sujeito, onerando a família.

Dados coletados no presente estudo apontaram para a forte presença da religiosidade na vida dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos (apenas 6,54% responderam não ter religião) e a importância da mesma (apenas 1,87% responderam não ter nenhuma importância). Barroso, Bandeira e Nascimento (2009) constataram menor grau de sobrecarga quando o familiar participava de atividades religiosas e possuía lazer dentro de casa. As autoras comentam, ainda, que, em estudos empíricos e revisões de literatura, as práticas religiosas são a principal estratégia de enfrentamento adotada pelos familiares no contexto brasileiro. Esses itens contribuem para aliviar a sobrecarga subjetiva vivida. Tais dados também apareceram nos estudos de Bandeira e Barroso (2005), em que familiares citaram a religião como fonte de apoio, sendo uma das estratégias de enfrentamento que os ajudam a se sentirem melhores na situação de cuidadores. Eloia *et al*. (2014) também destacam a religião e a espiritualidade como fatores de apoio à família.

Os resultados sugerem a importância de se dedicar atenção e espaço para acolher a família, auxiliar nas dificuldades e, assim, minimizar a sobrecarga e melhorar a qualidade de vida. De acordo com Falloon (2003), apenas o fato de convocar reuniões de família regularmente, em que os familiares são estimulados a falar abertamente sobre suas tensões e estratégias de lida com seus problemas mais

urgentes, em muitos casos, pareceu ter um impacto terapêutico bastante substancial. Mielke *et al.* (2009) destacam que a família também pode exercer um importante papel dentro do tratamento do usuário, como parceira no acompanhamento terapêutico, e, dessa forma, facilitar sua inclusão social. As autoras afirmam que, quando a família é acolhida e esclarecida, torna-se aliada na desinstitucionalização do usuário. A relação da família com o serviço auxilia o trabalho dos profissionais e também favorece os familiares na lida com o usuário. Os familiares entrevistados para o presente estudo estavam engajados em um projeto de educação em saúde e apoio ao protagonismo, e essa participação parece ter tido influência positiva no manejo da sobrecarga. Assim como apontado anteriormente, Delgado (2014) destaca que o envolvimento de familiares em projetos de educação em saúde – e que visam a esclarecer questões relacionadas ao adoecimento e a promover o compartilhamento de conhecimento e de experiências – apresenta resultados positivos e auxilia nas estratégias de lida; entretanto, há uma queixa quanto à falta desse tipo de iniciativa nos serviços. O autor ressalta, ainda, que os Caps precisam refletir sobre a relação entre os profissionais do serviço e os familiares, como clientes ou como parceiros no cuidado. Muitos fenômenos relacionados à sobrecarga poderiam, segundo Eloia *et al.* (2014), ser melhor manejados se houvesse orientação adequada aos familiares. Olschowsky e Schrank (2008) destacam que o cuidado deve ser uma ação coletiva e compartilhada entre equipe de saúde e família, para promover a autonomia do usuário, reconquistar sua cidadania e seu espaço na sociedade.

As pesquisas na área destacam a importância do empoderamento do familiar frente às questões do tratamento do paciente. De acordo com Vasconcelos (2013), empoderamento é o maior poder e autonomia pessoal e coletiva de sujeitos e/ou grupos sociais, com destaque para aqueles submetidos a relações de opressão, submissão e descriminação social. No âmbito da saúde mental, o conceito de empoderamento está relacionado ao cuidado de si, às iniciativas de ajuda mútua, à mudança da cultura com relação ao transtorno mental dentro da sociedade e à defesa de direitos. Alves, Oliveira e Vasconcelos (2013) destacam, também, a participação e a organização dos familiares, junto aos usuários, no sentido do cuidado nos serviços substitutivos e também nas estratégias de defesa de direitos e no exercício da militância social. As mudanças propostas pela reforma psiquiátrica apontam para um lugar de maior atuação da família; esta é convocada a atuar como corresponsável, junto aos profissionais do serviço, pelo cuidado do paciente e pela reabilitação psicossocial (DIMENSTEIN *ET AL.*, 2010). Na década de 1960, Franco Basaglia já defendia o fortalecimento dos vínculos entre familiares e profissionais de saúde (DIMENSTEIN *ET AL.*, 2010; BASAGLIA, 1985). Bandeira *et al.* (2011) afirmam que, quando se avalia um serviço de saúde no tocante ao tratamento oferecido ao usuário, é imprescindível incluir o familiar, pois isso gera sentimento de empoderamento, podendo diminuir o nível de sobrecarga. Assim, a família é convocada a atuar junto à equipe de saúde, mas também recebe um espaço para si, para que ela possa se colocar com todas as suas dificuldades e inseguranças diante de seu papel de cuidadora.

Dimenstein *et al.* (2010) lembram que as famílias foram, por muitos anos, afastadas do usuário e, em alguns casos, até culpabilizadas pela doença; assim, trazê-las para o serviço merece um cuidado específico. Os autores ainda refletem acerca de um imperativo de participação familiar dentro de atividades previamente definidas pelo serviço que exigem disponibilidade de tempo do sujeito, e que isso acarreta a elevação da sobrecarga, já que alguns familiares afirmam que até gostariam de participar mais, porém, falta tempo e preparo. A incorporação da família deve ser algo confortável e acolhedor, pois existem o medo e a insegurança diante

do desconhecido que é a doença mental. O empoderamento pode ser alcançado, não através de uma convocação autoritária de participação da família, mas a partir do aumento de sua autoestima e autonomia, do estímulo à criação de projetos com o protagonismo dos familiares, da criação de cartilhas que esclareçam sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais, do fortalecimento das associações e cooperativas de familiares e usuários, entre outros (ALVES; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2013).

Considerações finais

Este estudo apresenta algumas limitações. Trata-se de estudo exploratório e descritivo, que não utiliza amostra estratificada de familiares, o que não permite a extrapolação dos achados para todos os familiares de Caps. Entretanto, tendo o recrutamento sido realizado em todos os Caps da região estudada, através das reuniões de família, pode-se afirmar que o grupo de participantes é, em algum grau, representativo do conjunto de familiares daqueles serviços estudados. Há, também, a limitação do próprio instrumento de coleta, que, em alguns aspectos, não se mostra abrangente ou claro o bastante, embora certamente seja um questionário útil, objetivo e já validado no Brasil.

Os resultados elencados aqui podem contribuir para ampliar o estudo acerca da temática da sobrecarga vivenciada pelos familiares cuidadores de pacientes com transtornos psiquiátricos e, dessa forma, aperfeiçoar o modelo de assistência oferecido pelos serviços de saúde mental e ampliar a contribuição das políticas públicas que são solidárias às propostas da Reforma Psiquiátrica. O estudo pode contribuir para a reflexão sobre a reabilitação psicossocial do usuário e a importância da inserção do familiar no tratamento, de forma ampla, esclarecida e participativa.

O levantamento bibliográfico realizado demonstra que os serviços de saúde mental ainda carecem de ações regulares que visem a informar os familiares, principalmente a respeito dos comportamentos problemáticos relacionados aos transtornos, de modo a auxiliar no manejo dessas situações. Demonstra, também, a importância do empoderamento como uma estratégia para promover autonomia e para auxiliar na reinserção social. Essa abordagem poderia contribuir nas questões diárias dos familiares, diminuindo a sobrecarga sentida.

As estratégias utilizadas pela saúde mental ainda não contemplam de modo abrangente o familiar e não valorizam adequadamente esse papel de cuidador assumido por ele. Faz-se necessário um olhar sobre esse segmento, suas contribuições, as dificuldades que enfrenta e, principalmente, sua importância no processo de cuidado do usuário. Dessa forma, torna-se urgente desenvolver políticas públicas e práticas de atendimento comunitário inclusivas em benefício dos familiares, como grupos de educação em saúde, grupos de ajuda mútua, visitas domiciliares e auxílio no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da sobrecarga. ■

Referências

ALMEIDA, M. M. *et al.* A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul,* Rio Grande do Sul, v. 32, n. 3, p. 73-79, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082010000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 out. 2014.

ALVES, T. C.; OLIVEIRA, W. F.; VASCONCELOS, E. M. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. *Physis,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 51-71, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312013000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 out. 2014.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S. M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria,* Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 34-46, 2005. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/lapsam/Sobrecarga%20de%20familiares%20cuidadores%20de%20pacientes%20psiquiatricos.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

BANDEIRA, M.; CALZAVARA, M. G. P.; VARELLA, A. A. B. Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos: adaptação transcultural para o Brasil (FBIS-BR). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria,* Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 206-214, 2005.

BANDEIRA, M. *et al.* Satisfação de familiares de pacientes psiquiátricos com os serviços de saúde mental e seus fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria,* Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, p. 284-93, 2011. Disponível em: <http://www.ipub.ufrj.br/portal/jbp/60/04/09_JBP_60_4.pdf>. Acesso em: 8 out. 2014.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Revista de Psiquiatria Clínica,* São Paulo, v. 34, n. 6, p. 270-277, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n6/v34n6a03.pdf>. Acesso em: 5 out. 2014.

_____. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1957-1968, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900010>. Acesso em: 8 out. 2014.

BASAGLIA, F. (Org.). *A Instituição negada:* relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

DELGADO, P. G. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. *Physis,* Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1103-1126, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01103.pdf>. Acesso: em 12 dez. 2014.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1209-1226, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400008>. Acesso em: 5 out. 2014.

ELOIA, S. C. *et al.* Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 996-1007, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0996.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2015.

FALLOON, I. R. H. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry,* Nova Zelândia, v. 2, n. 1, p. 20-28, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525058/pdf/wpa020020.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2014.

KOGA, M.; FUREGATO, A. R. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde,* Maringá, v. 1, n. 1, p. 69-73, 2002. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5656/3596>. Acesso em: 8 out. 2014.

MIELKE, F. B. *et al.* Avaliação de um serviço

substitutivo em saúde mental. *Cogitare Enfermagem,* Paraná, v. 14, n. 1, p. 52-58, 2009. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/14102/9486>. Acesso em: 2 nov. 2014.

NOLASCO, M. *et al*. Sobrecarga de familiares cuidadores em relação ao diagnóstico de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria,* Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 89-97, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n2/0047-2085-jbpsiq-63-2-0089.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

OLSCHOWSKY, A.; SCHRANK, G. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP,* São Paulo, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69671/000632043.pdf?sequence=1>. Acesso em: 8 out. 2014.

SCHEIN, S.; BOECKEL, M. G. Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. *Saúde & Transformação Social,* Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 32-42, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2653/265323670007.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2014.

SOUZA FILHO, M. D. *et al*. Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. *Psicologia em Estudo,* Maringá, v. 15, n. 3, p. 639-647, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n3/v15n3a22.pdf>. Acesso em: 5 out. 2014.

TESSLER, R. C.; GAMACHE, G. M. *The Family Burden Interview Schedule:* Short Form (FBIS/SF). Department of Sociology social and Demographic Research Institute: University of Massachusetts, Armherst, 1994.

VASCONCELOS, E. M. Empoderamento de usuários e familiares em saúde mental e em pesquisa avaliativa/interventiva: uma breve comparação entre a tradição anglo-saxônica e a experiência brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2825-2835, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a07.pdf>. Acesso em: 20 maio 2015.

WAIDMAN, M. A. P.; JOUCLAS, V. M. G.; STEFANELLI, M. C. Família e reinserção social do doente mental: uma experiência compartilhada pela enfermeira. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde,* Maringá, v. 1, n. 1, p. 97-100, 2002. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5660/3600>. Acesso em: 8 out. 2014.

Recebido para publicação em junho de 2015
Versão final em dezembro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Faperj, processo NE26/110.086/2012

Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará

Care practices in mental health in the voice of users from a Psychosocial Care Center of the state of Pará

Márcia Roberta de Oliveira Cardoso[1], Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira[2], Pedro Paulo Freire Piani[3]

RESUMO Este artigo buscou analisar como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas pelos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) do estado do Pará. A metodologia utilizada foi de abordagem qualitativa, de cunho discursivo e etnográfico. Participaram do estudo 14 usuários cadastrados no Caps. As entrevistas foram analisadas de acordo com os eixos: Processo Saúde e Doença; Itinerário Terapêutico; Práticas de Cuidado em Saúde Mental; e Usuário e Autonomia. Nos discursos, o Caps foi o local em que os usuários se sentiram mais bem cuidados. Foi observada a coexistência de práticas de cuidado que corroboram os princípios da Reforma Psiquiátrica e outras que ainda reproduzem a lógica manicomial.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde; Saúde mental; Serviços de saúde mental.

ABSTRACT *This paper aimed to analyze how practices of care in mental health are perceived by users of a Psychosocial Care Center (Caps) of the State of Pará. The methodology used was a qualitative approach, discursive and ethnographic. 14 registered users participated in the study in Caps. The interviews were analyzed according to themes: Health and Disease Process; Route Therapeutic; Care Practices in Mental Health; User and Autonomy. In speeches, the Caps was the site where users felt better care. It was observed the coexistence of care practices that corroborate the principles of Psychiatric Reform and others that still reproduce the asylum logic.*

KEYWORDS *Health policy; Mental health; Mental health services.*

[1] Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (Sespa) – Belém (PA), Brasil.
psirob2004@yahoo.com.br

[2] Universidade Federal do Pará (UFPA), Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Belém (PA), Brasil.
pttarso@gmail.com

[2] Universidade Federal do Pará (UFPA), Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Belém (PA), Brasil.
pedropiani@yahoo.com.br

 DOI: 10.1590/0103-1104201610907

Introdução

Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (OMS; OPAS, 2001) são observados transtornos mentais e comportamentais em pessoas de todas as regiões, todos os países e todas as sociedades. Estão presentes em mulheres e homens em todos os estágios da vida, assim como entre ricos e pobres, e entre pessoas que vivem em áreas urbanas e rurais. No tocante à assistência à saúde mental, Ribeiro (2003) afirma que até bem pouco tempo se organizava exclusivamente em torno das internações psiquiátricas, muitas vezes por longos períodos de tempo, não raramente por toda a vida, acarretando importantes efeitos secundários no nível da deterioração pessoal.

Ao longo das últimas décadas, entretanto, diversos países têm implementado políticas de atenção em saúde mental baseadas no elemento central comum de alteração do eixo da atenção do hospital para a comunidade, objetivando a continuidade do cuidado e a atenção integral (RIBEIRO, 2003). De acordo com Almeida (2002), o chamado campo da atenção psicossocial no Brasil vem, desde a década de 1990, delineando-se como um espaço cuja marca principal é a diversidade de linhas teóricas, propostas terapêuticas e objetivos, com mudanças significativas que a colocam no campo do que se denomina Reforma Psiquiátrica e, com a disputa para transformar o paradigma asilar/hospitalocêntrico do tratamento.

Nesse sentido, para Amarante (2003), a Reforma Psiquiátrica configura-se como um processo social complexo, que engloba mudanças significativas nas formas de cuidado em saúde mental e no tecido sociocultural, bem como transformações jurídicas no que tange à conquista de direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais. Mudanças ainda em pleno processo.

De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011), que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os Caps realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de *crack,* álcool e outras drogas, devendo, nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado.

A literatura em saúde mental tem explicitado o argumento de que a Reforma Psiquiátrica brasileira encontra-se, atualmente, em um impasse: se, de um lado, é claro que houve avanços significativos na construção teórico-clínica da assistência, especialmente no tocante ao modelo de gestão dos Caps e no fortalecimento dos laços entre a equipe de saúde, do outro lado, também é possível perceber que, na dinâmica dos serviços de saúde mental, alguns pontos parecem levar à repetição de antigas práticas que não são mais desejadas. Como questão fundamental emerge a seguinte dúvida: Como criar e ajudar a construir outros projetos de vida, outras possibilidades que não dependam dos serviços? Como evitar a prática de tutela, sem, no entanto, desassistir o cidadão?

Para avançar no novo modelo, o 'Relatório final da IV Conferência Estadual de Saúde Mental' (PARÁ, 2010) aponta que é preciso reconhecer que alguns Caps estão com pouca efetividade, e que, mesmo com um bom indicador de cobertura, alguns municípios e regiões podem estar com baixo acesso à atenção em saúde mental. Aponta, ainda, que há desafios importantes: a articulação da rede de atenção psicossocial com a rede de urgência e emergência, a ampliação das ações na atenção básica, a qualificação dos serviços, a expansão de Caps III, Capsi, Capsad, e a intersetorialidade nas ações de saúde mental.

Os serviços de saúde mental, em especial

os Caps, precisam promover mais e melhor a participação de todos os atores no cuidado cotidiano, na gestão e na avaliação das práticas dos serviços. Muitos gestores ainda não compreendem e não promovem a participação dos usuários na construção, na implantação e na avaliação das políticas, principalmente a dos usuários e familiares do campo da saúde mental. Os conselhos de saúde locais, municipais e estadual ainda não estão sendo suficientemente potencializados como lugares de exercício da participação política e do controle social (PARÁ, 2010).

Para Mângia e Muramoto (2006), as novas estratégias de cuidado em saúde mental, no contexto da política pública de saúde mental, adotam uma nova forma de compreender e tratar os transtornos mentais, que depende da estruturação de modelos assistenciais orientados pela perspectiva da integralidade, entendida aqui não apenas em referência à apreensão integral dos sujeitos, mas também aos novos valores e dispositivos técnicos.

Para Ferla *et al.* (2010), a prática de saúde mental ao longo da história traz consigo inúmeras ponderações e questionamentos acerca da integralidade. A partir da introdução da reflexão sobre integralidade, tem-se intensificado as discussões quanto à pertinência das práticas tradicionalmente abordadas em saúde mental. Neste sentido, o autor afirma que o conceito de integralidade nos serviços de saúde mental é inovador. As práticas não giram mais em torno da patologia, mas sim em torno da necessidade do sujeito.

Este artigo tem como objetivo analisar como as práticas de cuidado em saúde mental são percebidas pelos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) do estado do Pará, procurando conhecer seus itinerários terapêuticos. Além disso, verificou-se como o discurso dos usuários é incorporado ao processo de organização das práticas no cotidiano dos serviços do Caps estudado.

Método

O caminho metodológico escolhido está inserido no campo das abordagens qualitativas, de base discursiva e etnográfica. A pesquisa de campo foi realizada em um Caps sob gestão da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (Sespa). Participaram deste estudo 14 usuários do Caps, que estavam oficialmente cadastrados, no mínimo, havia três meses, e utilizando regularmente os serviços. Na coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: observação participante, pesquisa documental e entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e transcritas. A partir da transcrição das entrevistas, foram confeccionados, para a análise dos discursos, os mapas dialógicos, que, de acordo com Spink (2010), se constituem como um dos passos iniciais da análise e podem auxiliar pesquisadores em uma aproximação com os repertórios, na organização dos discursos e no norteamento da discussão. As entrevistas foram analisadas a partir da perspectiva construcionista, que compreende a linguagem como prática social e ação discursiva. Neste sentido, ainda segundo Spink (2010), as práticas discursivas e a produção de sentidos são estudadas por meio dos posicionamentos dos participantes em seu cotidiano e pela linguagem em ação. As categorias de análise que emergiram a partir dos discursos e das produções de sentidos dos entrevistados foram: Processo Saúde e Doença; Itinerário Terapêutico; Práticas de Cuidado em Saúde Mental; e Usuário e Autonomia. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta pesquisa foi realizada por meio de financiamento próprio e teve sua aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Pará, sob o parecer nº 208.045/2013, cumprindo-se os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme determinado pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

Resultados e discussão

Processo Saúde e Doença

De acordo com Dalmolin (2006), a saúde e a doença devem ser compreendidas como um processo, pois estão vinculadas a situações singulares e complexas da existência humana, que, por sua vez, tem um caráter dinâmico, contraditório, de poucas certezas. Este entendimento remete a biografias, culturas, histórias, enfim, a sujeitos concretos, com suas trajetórias e mundos subjetivos, que são muito mais do que sintomas, mais do que resultados obtidos em escalas padronizáveis, mais, talvez, do que possa dar conta uma ou outra concepção teórica.

No eixo Processo Saúde e Doença, explicitou-se, por meio dos repertórios linguísticos dos usuários, como estes perceberam seus processos de adoecimento, que os levaram a procurar ajuda e cuidado no Caps.

Os discursos dos usuários que representam a questão do processo saúde e doença no estudo em questão foram captados através das seguintes perguntas: 1) Qual o problema de saúde que lhe fez procurar atendimento no Caps?; e 2) Quando e como começou o seu problema de saúde? Os usuários discorreram livremente sobre a experiência do adoecer e sobre o início do processo de adoecimento que os levou a procurar ajuda, fosse através da rede de serviços de saúde, fosse através de outros recursos.

Nesse eixo, foi possível observar que a maioria dos usuários percebeu que estava com problemas de saúde a partir de sintomas orgânicos localizados em alguma parte do corpo, principalmente na cabeça. Alguns notaram que começaram a adoecer também porque estavam passando por momentos de grande sofrimento, decorrentes de situações conflituosas em diversos campos da vida, fosse em suas relações com a família, com o cônjuge, com o trabalho ou mesmo por terem sofrido perdas de entes queridos.

Além disso, evidenciaram, também, sintomas de desequilíbrio psíquico, caracterizado por eles mesmos como algo fora do normal. Escutar vozes, por exemplo, era um fato que lhes causava desconforto. Outros sintomas relatados foram crises de raiva e aborrecimento, que os levaram a se comportar de maneira agressiva perante as pessoas de seu convívio, prejudicando seus relacionamentos cotidianos.

Para Dalmolin (2006), compreender saúde e doença como um processo significa dizer que, por um lado, o sofrimento envolve uma experiência que ocorre na existência da vida, não ficando circunscrito apenas ao corpo ou ao psiquismo, nem ao momento da fase aguda, quando a manifestação de uma série de sintomas se faz presente. O sofrimento está envolvido com os demais aspectos da vida, os sistemas simbólicos, a significação para o sujeito que o vive e no contexto onde vive; com a sua relação com o trabalho, os direitos de cidadão, a inclusão e a exclusão.

Interessante notar que, de uma forma geral, os usuários demarcaram o início do seu processo de adoecimento a partir da descrição de fatos e sentimentos que os levaram a vivenciar intenso sofrimento psíquico, expondo as dificuldades em lidar com determinadas situações e emoções no decorrer da vida. O processo de adoecimento narrado pelos usuários acabou trazendo à tona o relato de suas próprias histórias de vida, com uma riqueza de detalhes que transcende a questão do processo de adoecimento.

Dalmolin (2006) também afirma que as pessoas têm conceitos próprios sobre o sofrimento psíquico e ressignificam esses conceitos a partir do seu lugar, dos seus sistemas simbólicos, de sua cultura. A experiência dessa situação de vida é constituída de múltiplos sentidos, que, ora são antagônicos, ora complementares, colocando as pessoas diante de várias possibilidades de compreensão, bem como de maneiras distintas de superação do sofrimento.

Foi justamente a manifestação do intenso

sofrimento psíquico presente nos discursos dos usuários que os fez procurar ajuda na tentativa de aliviar a dor, principalmente na experiência da crise, que afeta de forma distinta as pessoas que a atravessam. Nesse contexto, crise se refere a um período de agudização dos sintomas, no qual ocorre uma intensificação da desorganização psíquica do indivíduo, levando ao 'dilaceramento subjetivo', conforme fala Lobosque (2001), ao passo que a tolerância social com relação ao indivíduo diminui.

Os momentos de crise vivenciados pelos usuários também são compartilhados com as pessoas mais próximas de seus convívios, uma vez que, quando estão 'fora de si, agressivos, destruindo as coisas, gritando, se debatendo, com medo, escutando vozes' (termos utilizados pelos usuários), necessitam de ajuda para superar a crise, e, na maioria das vezes, são os familiares, os amigos, os vizinhos e colegas de trabalho que os socorrem nesses momentos. E, foi a partir da manifestação dessas crises que a maioria dos usuários teve contato com os serviços de saúde mental, em especial, a experiência da internação.

Itinerário Terapêutico

Para efeitos desta pesquisa, entende-se por itinerários terapêuticos as diferentes práticas em saúde e os caminhos percorridos pelos usuários em busca de cuidado, nos quais se desenham múltiplas trajetórias (assistenciais ou não, incluindo diferentes sistemas de cuidado), em função das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos sociais existentes – sob a forma de redes sociais formais e informais – e da resolutividade obtida. Destaca-se que as redes informais são constituídas por relações que não se estabelecem por instituições, mas por dispositivos sociais, como a posição e o papel social na comunidade/sociedade. Já por redes formais, compreende-se que as relações são estabelecidas em função da posição e do papel social na instituição (GERHARDT *ET AL.*, 2009).

No eixo Itinerário Terapêutico foi abordada a questão dos caminhos percorridos e os diversos recursos escolhidos pelos usuários na busca por cuidados, considerando o processo de adoecimento.

Os discursos dos usuários que representam a questão dos itinerários terapêuticos neste estudo foram tratados por meio das seguintes perguntas: 1) O que você fez desde que o problema começou?; 2) Qual o itinerário que você fez até chegar ao Caps? Foi fácil, a partir de sua demanda, ser encaminhado para o Caps?; e 3) Quem você procura quando não está bem?.

Nesse caso, os usuários puderam descrever os caminhos pelos quais passaram até chegarem a ser atendidos no Caps, fosse através da rede de serviços de saúde (pública e privada), fosse através de outros recursos que porventura tenham escolhido para amenizar os sofrimentos ocasionados pelo adoecimento, como ajuda espiritual e religiosa, por exemplo.

Os usuários, enquanto narravam as suas trajetórias pela busca de cuidado e solução para seus problemas de saúde, descreveram as facilidades e as dificuldades que enfrentaram ao longo do caminho. Relataram, inclusive, como se sentiram e como reagiram diante dos desafios encontrados.

Para alguns, o caminho foi mais longo e penoso do que para outros, que obtiveram a resolução para seus problemas de forma mais rápida e efetiva. Para isso, contaram com a ajuda de pessoas de seu convívio mais próximo, como familiares, amigos, colegas de trabalho, vizinhos e os próprios profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, essas próprias pessoas do convívio, em determinados contextos, também desempenharam papéis negativos nas trajetórias dos usuários, dificultando-lhes o acesso aos serviços de saúde e a outros recursos.

Alguns usuários recorreram aos serviços particulares de saúde, especialmente às

consultas com médico psiquiatra, em um primeiro momento, e depois procuraram os serviços de saúde da rede pública. O contato com a rede pública de saúde se deu, na maioria dos casos, a partir do contato com a internação em hospital com referência em saúde mental que dispunha de emergência psiquiátrica, especialmente nos momentos de crise.

Dos 14 usuários entrevistados, 12 foram internados em hospital público com referência em saúde mental que dispunham de emergência psiquiátrica. Alguns passaram pela emergência desse hospital, sendo internados mais de uma vez; e outros apenas foram atendidos no ambulatório, sendo medicados e encaminhados para os demais serviços da rede, como o próprio Caps.

Dalmolin (2006) afirma que os hospitais gerais são a 'porta de entrada' mais procurada pelos familiares, que lançam mão deste tipo de recurso depois de terem recorrido a vários outros mecanismos informais e comunitários, como conselhos, rezas, bênçãos, chás calmantes e a presença mais sistemática de familiares e vizinhos junto à pessoa que sofre. Somente quando percebem desorganização subjetiva extrema, além de sofrimento psíquico, e quando os mecanismos citados se mostram inviáveis, fazendo-os perder o 'controle' sobre a situação, é que iniciam a busca pelo serviço de saúde. No hospital geral, na emergência, o usuário é medicado e, geralmente, referenciado para outra unidade da rede. Então, de forma geral, os sujeitos são 'batizados' no mundo psiquiátrico, tendo a internação como a principal – senão a única – alternativa para conter uma situação de crise.

A maioria dos usuários explicitou que teve acesso fácil ao Caps, considerando que todos foram encaminhados por outra unidade da rede, que, após avaliar as condições de saúde dos mesmos, decidiu por direcioná-los ao Caps mais próximo de suas residências. Alguns usuários, porém, expressaram que o acesso aos serviços do Caps não foi tão fácil quanto esperavam, principalmente porque precisaram passar por vários pontos da rede de saúde até chegarem a ser encaminhados ao centro.

Ferla (2010) ainda ressalta que os usuários chegam até o serviço de saúde de diferentes formas, as portas de entrada acabam se diversificando de acordo com cada situação e cada usuário e sua subjetividade. Suas trajetórias expressam vários itinerários relatados como confusos, apesar de chegarem ao Caps.

Nos discursos dos usuários, foram percebidos, também, conteúdos relacionados à religiosidade, como uma forma de dar sentido ao processo de saúde e doença. Alguns procuraram a religião como primeiro recurso para amenizar seus sofrimentos, mesmo que não frequentassem ou seguissem determinada religião. Além disso, procuraram entender através de explicações religiosas a causa de seu adoecimento, buscando, então, uma forma de obter uma possível cura para a doença.

Cabe ressaltar que os usuários não desvalorizam o tratamento realizado pelo sistema de saúde, porém, encontram, na religiosidade, a possibilidade de uma acolhida singular frente ao sofrimento. A maior parte dos usuários procura a família quando não está se sentindo bem, pois são os integrantes da família que geralmente dão o apoio necessário, principalmente nos momentos de crise, sendo referências para eles na busca por cuidado.

Outros usuários afirmam que não costumam procurar ninguém quando não estão se sentindo bem, pois preferem tentar resolver seus problemas sozinhos, sem o auxílio de outra pessoa ou religião, considerando que se sentem fragilizados e sem autonomia ao perceberem que necessitam de ajuda, embora reconheçam a importância de procurar assistência.

Dalmolin (2006) afirma que a busca de recursos para a situação de sofrimento psíquico é ampla e abrange uma gama de possibilidades, que vão desde o suporte afetivo

no âmbito familiar e de vizinhança até as instituições e entidades de cunho religioso, de proteção aos direitos e de prestação de serviços de saúde específicos para essa população.

Dessa forma, é necessário que todos os atores envolvidos no processo do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico ou transtorno mental reconheçam e respeitem as escolhas realizadas pelos usuários no que diz respeito aos seus itinerários terapêuticos, pois as estratégias e recursos adotados pelos mesmos traduzem uma forma de autonomia que deve ser apoiada e motivada nos diversos âmbitos da vida e, em especial, no cotidiano dos serviços de saúde.

Práticas de Cuidado em Saúde Mental

A compreensão de cuidado proposta por Ayres (2004) considera, simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante dos sentidos que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, ou seja, uma interação entre dois ou mais sujeitos, visando ao alívio de um sofrimento ou ao alcance de um bem-estar, sempre mediado por saberes especificamente voltados para este fim.

No eixo Práticas de Cuidado em Saúde Mental foram discutidos os sentidos dados pelos usuários às práticas de cuidado vivenciadas durante suas trajetórias pela rede de atenção à saúde, considerando os itinerários terapêuticos percorridos.

Os discursos dos usuários que expressam a questão das práticas de cuidado em saúde mental neste estudo foram captados através das seguintes perguntas: 1) Em que local você acha que foi mais bem acolhido, e por quê?; 2) Em que local você acha que foi mais mal acolhido, e por quê?; 3) Que tipo de diagnóstico e tratamento você recebeu no Caps?; 4) Como é o seu dia a dia no Caps?; 5) Como você se sente ao ser atendido no Caps?; e 6) O que você acha dos profissionais que lhe atendem no Caps?.

Os usuários levaram em consideração, para avaliar o tipo de acolhimento, aspectos referentes à forma de atendimento dos profissionais, o acesso aos serviços de saúde, a resolutividade para seu problema de saúde, o tipo de tratamento recebido, o tempo de espera para ser atendido e as condições de estrutura física da unidade de saúde, entre outros aspectos.

A maioria dos usuários explicitou que o local em que foram mais bem acolhidos foi o próprio Caps. Destacaram que se sentiram bem acolhidos, principalmente devido ao bom atendimento por parte dos profissionais, bem como pela disponibilidade de alguns medicamentos necessários ao tratamento, além de pela comodidade de receberem alimentação no próprio Caps nos dias em que frequentaram o referido serviço. Isso não significa dizer que suas necessidades foram plenamente atendidas, ainda que, em comparação com outros serviços da rede de saúde, o Caps tenha sido a unidade que mais atendeu as expectativas dos usuários.

A principal queixa dos usuários em relação ao hospital de referência em saúde mental diz respeito ao fato de que o ambiente de urgência e emergência do próprio hospital causou-lhes mal-estar, pois, além do sofrimento psíquico intenso vivido em momentos de crise, ainda tiveram que conviver com o sofrimento e com as agressões de outros pacientes internados. Além disso, justamente porque chegaram a ser atendidos em momentos de crise, alguns usuários passaram pela experiência de serem contidos e amarrados, sendo que a administração da medicação por meio de injeções também lhes proporcionou sensações de extremo desconforto e violência. Outra situação apontada foi a falta de leitos para os pacientes internados no hospital, motivo pelo qual tiveram que passar por longas esperas no corredor, acomodados em cadeiras improvisadas, sem o menor conforto e cuidado. Ainda enfatizaram que a falta

de atenção e o tratamento desrespeitoso por parte de alguns profissionais do hospital lhes causaram ainda mais sofrimento e angústia.

Quanto ao diagnóstico e ao tratamento recebidos no Caps, os usuários explicitaram os diversos tipos de classificações nosológicas que receberam, ou seja, os nomes de suas enfermidades, conforme suas compreensões, sendo que alguns até se arriscam a utilizar a nomenclatura da Classificação Internacional de Doenças (CID), assumindo a identidade, a etiqueta, o rótulo de suas respectivas doenças.

Em relação aos procedimentos, todos os usuários enfatizaram a questão do tratamento medicamentoso como um dos principais recursos utilizados na terapêutica, citando os demais recursos como atividades secundárias, porém necessárias à evolução do seu estado de saúde.

Lima (2012) aponta que há indícios de que o poder psiquiátrico vem se adaptando e continua operando nas novas estruturas sob os 'velhos preconceitos' estritamente biologizantes, que lhe garantem todo saber-poder e que implicam em uma série de relações de forças perpetuadas no dia a dia dos serviços e nas relações médico-paciente. Por outro lado, iniciativas têm surgido na tentativa de colocar em prática novas possibilidades de relação e meios de lidar com o 'louco e as loucuras sociais de nosso tempo', respeitando os pressupostos de modo de atenção psicossocial.

No âmbito do Caps, é oferecido aos usuários um leque de atividades que, de acordo com as necessidades individuais, os mesmos participam de forma contínua e rotineira das atividades indicadas nos respectivos projetos terapêuticos. As oficinas e os grupos terapêuticos são algumas das principais atividades desenvolvidas no Caps.

Alguns usuários fazem psicoterapia individual ou em grupo. A maioria também participa de práticas de grupo e oficinas, que são realizadas diariamente com diversos objetivos terapêuticos, tais como: desenvolver habilidades; melhorar a autoestima; promover a autonomia; exercer a cidadania, o autoconhecimento, a reinserção social, o lazer, a educação em saúde; discutir questões relacionadas à medicação e à integração dos familiares ao tratamento etc. Além disso, participam também de reuniões e eventos em datas comemorativas, bem como de fóruns de discussão e decisão, como as Assembleias Gerais e o Conselho Gestor. É importante ressaltar que, apesar de os usuários participarem de diversas atividades terapêuticas, isso não significa dizer que os efeitos destas também sejam terapêuticos.

Em relação aos profissionais de saúde da equipe do Caps, os usuários realizaram uma avaliação positiva, pois ressaltaram que os profissionais 'atendem bem, são maravilhosos, legais, bons, educados, preparados, ótimos, olham no olho', e que 'se não fazem mais é porque não têm condições, por falta de recursos, não é por má vontade'.

Os usuários não citaram apenas aspectos positivos em relação ao cuidado desenvolvido pelos profissionais do Caps, principalmente no que diz respeito à atuação do profissional médico. Além disso, trouxeram, em seus discursos, as experiências vividas nos outros locais em que foram atendidos, denotando o quanto o atendimento na área da saúde mental ainda é dominada por práticas inundadas pelo modelo médico hegemônico.

Seis usuários expressaram de forma clara seu descontentamento em relação às práticas de cuidado de alguns profissionais médicos, afirmando que não receberam a devida atenção, nem mesmo um olhar direcionado, um acolhimento caloroso, pelo contrário, sentiram-se desrespeitados pela forma que foram tratados, ou melhor, pela forma com que foram destratados, ou tratados com 'ignorância, frieza, rigidez, aos gritos, sem ao menos o profissional perguntar se eles estavam se sentindo bem; atendendo de forma rápida, às vezes, só para copiar a mesma receita da consulta anterior'.

Os usuários em geral afirmaram se

preocupar em não perder as consultas médicas, tendo em vista que ficam reféns destas para pegarem as receitas. Além disso, falaram que o número de profissionais médicos atuando no Caps é baixo para a demanda, o que causa longa espera pela próxima consulta. Isso faz com que fiquem sem a medicação por um período de tempo, prejudicando o tratamento. Neste sentido, parece que a relação entre médico e usuário, em tais casos, se reduz a uma mera prescrição de psicofármacos, configurando uma prática clínica centrada na doença, sem levar em consideração a subjetividade das pessoas.

Dentre os usuários entrevistados, três passaram por atendimento em um hospital psiquiátrico já desativado, e lembrado por reproduzir a lógica da exclusão social da loucura, tais como o descaso com as mínimas condições de cuidado às pessoas com transtorno mental. As cenas de extrema violência relatadas pelos usuários denotam um tipo de tratamento desumano, aos moldes da lógica asilar/manicomial, principalmente quando eles apresentam expressões do tipo 'lá parece o inferno; a comida parece que não era nem pra humanos, parece pra animais; se alguém entrar meio louco, sai louco e meio; era um lugar cheio de grade; lá podia gritar com toda a força, que ninguém atendia a gente; eu cheguei a apanhar lá porque eles, eles não sabem o que estão fazendo lá; fiquei horrorizado, a gente não é cachorro, não é animal'. Tais expressões são bem diferentes daquelas expressões contidas nos discursos referentes aos tratamentos recebidos no Caps, embora nestes algumas práticas ainda sejam remanescentes do modo asilar.

Esses usuários são exemplos vivos de pacientes que vivenciaram o paradigma asilar e agora estão vivenciando a transição para o paradigma psicossocial. Na realidade, são protagonistas dessa história, em que pese terem sofrido intensamente durante esse processo pela busca de cuidado em saúde mental.

Segundo Dalmolin (2006), foram muitas as tentativas de mudança no campo da saúde mental nos últimos anos, porém, apesar de toda a orientação e legislação vigentes, a realidade psiquiátrica parece ter se alterado pouco. Os elementos, por vezes contraditórios, de conceber e organizar a saúde mental, denotam a complexidade de mudança desse processo social. Se, por um lado, podemos reconhecer que as alterações dos serviços especializados não deram conta de aprofundar e explicitar mudanças mais radicais, por outro, os indivíduos, suas famílias e a própria comunidade buscam, em seu cotidiano social, responder às necessidades dos cidadãos que sofrem com transtorno mental e que precisam de permanentes retoques, de afetos diferenciados e de escuta sensível.

Lima (2012) afirma que a atual conjuntura do campo da saúde mental apresenta-se como um amplo universo social, com suas contradições e embates de verdades e tendências, no qual têm emergido diferentes atores e segmentos, em especial, aqueles que passaram muito tempo trancafiados e amordaçados, fosse pelas camisas de força concretas, pelos muros manicomiais ou pelas amarras simbólicas da exclusão e da negação de direitos básicos. Neste sentido, os instrumentos e recursos legais representam avanços, mas não garantem os direitos conquistados, já que, para tal, são necessárias também mudanças culturais, que demandam tempo e investimento em longo prazo, no sentido de criar condições reais para a convivência com a diversidade humana, assim como disponibilização de meios e recursos para a manutenção e a sustentabilidade da própria vida dos usuários diante do contexto atual de extrema competitividade e individualismo característico de nossa sociedade contemporânea.

Usuário e Autonomia

No eixo Usuário e Autonomia, foram tratadas questões acerca de como a avaliação dos usuários impacta no processo de organização

das práticas, no cotidiano dos serviços do Caps.

Nesse caso, foi perguntado aos usuários se eles teriam sugestões para melhorar os serviços prestados no Caps, considerando todos os aspectos que envolvem a dinâmica de funcionamento do serviço, desde sua organização e estrutura até as práticas de cuidado desenvolvidos no cotidiano do referido centro. Dessa forma, puderam expressar diversas possibilidades e formas de agir, para que pudessem se sentir contemplados em suas necessidades, em que pese todas as dificuldades enfrentadas pela gestão e pelos trabalhadores do Caps.

Pelo menos metade dos usuários entrevistados apontou que, para melhorar os serviços no Caps, seria necessário aumentar o número de profissionais da equipe, principalmente o número de profissionais médicos, considerando que há uma carência destes profissionais em relação à demanda. Foi ressaltado também, enquanto sugestão para a melhoria dos serviços, a disponibilidade de medicação no Caps, uma vez que não há a dispensação de todos os remédios receitados pelos médicos, o que faz com que muitos sejam comprados por conta própria.

Vale destacar que, apesar de os discursos dos usuários estarem impregnados pela racionalidade médica, deve-se contrapô-los à questão da qualidade no atendimento já explicitada por eles. Isto quer dizer que, quando avaliadas as práticas de cuidado dos vários profissionais que compõem a equipe do Caps em questão, o profissional médico foi o mais criticado em relação aos outros profissionais, que receberam avaliações positivas. Desta forma, pode-se visualizar uma valorização dos profissionais não médicos, como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, entre outros. Isto se deve à qualidade do acolhimento e do cuidado recebido no âmbito do Caps.

Com esses exemplos, percebe-se o quanto a prática no campo da atenção psicossocial reproduz a própria ampliação da contradição que emerge a partir da inclusão de mais atores sociais na atenção psicossocial, na qual surgem novos profissionais e uma nova possibilidade para o usuário. São contradições que demarcam avanços da Reforma Psiquiátrica, mas que também apontam os seus entraves, pois ampliar a mobilidade social do sujeito em sofrimento psíquico significa atribuir-lhe condição plena de escolhas e autonomia racional, como afirmam Tavares e Sousa (2009).

Além dessas sugestões, os usuários apontaram outras possibilidades de atividades a serem desenvolvidas no Caps, como, por exemplo, a criação de um espaço interativo e educativo no mesmo. Isto denota que nem todas as atividades e oficinas realizadas no cotidiano dos serviços atendem às necessidades dos usuários, uma vez que se deve levar em conta a singularidade e a subjetividade de cada um. A criatividade deve dar a tônica para o desenvolvimento das diversas atividades e oficinas, possibilitando aos usuários participarem da formulação das ideias, dando sugestões e – por que não dizer? – coordenando algumas dessas atividades.

Um usuário relatou que gostaria de conhecer a atual gestora do Caps, que, à época da entrevista, tinha assumido a gestão havia pouco tempo. Disse ser importante ter contato com a equipe gestora do serviço, pois considerava isso um direito, uma vez que o modelo de gestão deve ser compartilhado através de dispositivos, como as Assembleias Gerais e o Conselho Gestor. Neste sentido, Figueiro e Dimenstein (2010) defendem um modo de funcionamento do serviço que seja mais flexível, mais permissivo à possibilidade de cogestão dos Caps por seus usuários, permitindo, assim, que estes se apropriem desses dispositivos, (re)criando-os e criando condições de funcionamento que atendam, da melhor maneira possível, às suas demandas.

Outros usuários explicitaram que não têm sugestões para melhorar os serviços do Caps

porque, de uma forma geral, se sentem contemplados e satisfeitos com o atendimento recebido. Provavelmente, o parâmetro de comparação para avaliação dos serviços do Caps deveu-se ao fato de não terem sido bem acolhidos em outros serviços da rede de saúde ou de não terem recebido um tratamento melhor do que o do referido Caps.

Quando os usuários indicam sugestões para melhorar os serviços no âmbito do Caps, quando explicitam as alternativas que procuram para lidar com os desafios da vida (os modos de andar a vida), quando participam efetivamente de espaços democráticos de cogestão, é possível escutar as suas 'vozes' ressoando nas salas, nas oficinas, nas consultas, nas conversas com os profissionais e até no desencadeamento das 'crises', ocupando todos os espaços no interior do Caps. O usuário fala até quando está em silêncio, até quando não se manifesta na Assembleia Geral, até quando deixa de frequentar as reuniões do Conselho Gestor. É necessário ter muita sensibilidade para compreender o que os sussurros, os gritos, os silêncios e as ausências têm para nos dizer. Neste sentido, escutar, acolher e cuidar, sem subjugar ou sufocar, sem aniquilar e silenciar a subjetividade desses usuários são as melhores atitudes para fazer valer os direitos de cidadania dos usuários. É preciso, ainda, respeitar seus sistemas particulares de crenças culturais, morais e religiosas, com todos os seus rituais de cura, suporte e cuidado.

Não é possível afirmar que o Caps está escutando plenamente a 'voz' de seus usuários e acolhendo suas demandas, até porque os processos são sempre inconclusos. Mas é possível dizer que esforços coletivos estão sendo feitos com o objetivo de atender, da melhor forma possível, às necessidades desses usuários, em que pese o conflito de forças presentes no interior dos serviços. Logo, trabalhadores, gestores, usuários e familiares devem estar atentos para que o Caps atue a favor da cidadania, da ampliação de conquistas políticas, de mudanças culturais na sociedade, para que se rompa com a exclusão imposta à loucura, enfim, por uma sociedade e por relações sociais mais justas.

Considerações finais

Considerando os Caps dispositivos estratégicos da reforma dos cuidados em saúde mental no Brasil – configurando-se simbólica e numericamente como a grande aposta do Movimento de Reforma Psiquiátrica Nacional –, e considerando a aproximação entre a saúde coletiva e a saúde mental uma necessidade para a constituição de um campo interdisciplinar de saberes e práticas, Onocko-Campos e Furtado (2006) julgam as investigações especificamente dirigidas aos Caps como potencialmente geradoras de subsídios para a Reforma Psiquiátrica brasileira e, ao mesmo tempo, propulsoras de um novo território de pesquisa no âmbito das políticas públicas e da avaliação de serviços de saúde.

No processo saúde e doença, o sentido dado ao adoecimento explicitado por meio do relato das histórias de vida dos usuários acaba por localizar a doença no corpo físico, no órgão. O intenso sofrimento psíquico produz sintomas orgânicos e psíquicos, que acabam desencadeando 'crises'. Foi a partir destas que os usuários estabeleceram o primeiro contato com a rede de serviços em saúde mental, principalmente por meio da internação hospitalar, na qual, de certa forma, o cuidado se reduz às práticas de contenção, centrada na administração de medicamentos. A partir desse 'batizado' no mundo da internação hospitalar, os usuários, em sua maioria, foram encaminhados para outros serviços da rede de atenção à saúde mental, e em especial, para o Caps.

Os itinerários terapêuticos escolhidos pelos usuários levaram em consideração aspectos concernentes ao contexto sociocultural no qual estão inseridos, utilizando-se de recursos e estratégias ligadas ao próprio

acesso aos serviços de saúde da rede formal, bem como aos recursos pertinentes à religiosidade e a aspectos relacionados ao apoio da família e dos amigos. Os percursos realizados pela rede formal de saúde renderam aos usuários experiências positivas e negativas, uma vez que o tipo de acolhimento recebido nos serviços de saúde frequentados foi uma variável considerada determinante para a avaliação do atendimento.

Na avaliação dos usuários, foi unânime a opinião de que o Caps foi o local onde se sentiram mais bem acolhidos, expressando satisfação em relação ao tratamento e ao cuidado recebidos, principalmente em relação a outros serviços das redes pública e privada de saúde. Contudo, foi ressaltada a questão do cuidado na prática médica, que foi bastante criticado, considerando a falta de acolhimento por parte de alguns profissionais médicos. Aliadas a isso, encontram-se, ainda, no cotidiano dos serviços, práticas centradas na excessiva medicalização enquanto principal recurso terapêutico.

Entretanto, cabe fazer uma reflexão em relação a essa prática e à formação do médico, que, na atualidade, vem passando por mudanças significativas, ratificadas, inclusive, pelo Programa Mais Médicos (PMM), criado através da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013), que tem como propósito global o ordenamento da formação de médicos, visando também contribuir para o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde.

Na atuação dos profissionais, foi possível observar um campo fértil de tensões, conflitos e contradições, que contêm elementos de conservação e de transformação, no que se refere à produção de cuidado no cotidiano dos serviços.

Todos os atores envolvidos no processo de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental, como gestores, trabalhadores, familiares e os próprios usuários, criam condições, estratégias e espaços de participação, possibilitando a discussão e a problematização de todas as questões que envolvem o contexto e o cotidiano implicados no cuidado. Como afirma Spink (2010), suas falas trazem o tempo longo, o tempo vivido e o tempo curto de um modo complexo, mas que, em síntese, falam de suas vidas. Neste sentido, é necessário repensarmos e refletirmos a respeito das práticas de cuidado produzidas no âmbito dos serviços, no sentido de identificarmos qual modelo de atenção predomina nesse processo. No caso do modelo manicomial, o psicossocial.

Apesar de ainda persistirem grandes desafios no sentido de romper de vez com o modelo manicomial/asilar, muitas estratégias estão sendo construídas no cotidiano das práticas de cuidado, produzindo e inventando novos modos de cuidar, novas formas de fazer acontecer, baseadas em relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar a sociedade, constituindo um novo lugar de acolhimento para o sofrimento.

Diante dos discursos dos usuários, foi possível observar um redirecionamento do modelo assistencial, com vistas ao resgate da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico, possibilitando a construção de novas práticas, sustentadas a partir do comprometimento, do compromisso e da responsabilização. Tais práticas pressupõem, sem dúvida, que cuidar da saúde de alguém é mais do que construir um objeto e intervir sobre ele. É, na verdade, ser capaz de acolher, dialogar, produzir novas subjetividades, exercitar a capacidade crítica, transformar criativamente os modos de ver, sentir e pensar já estabelecidos. ■

Referências

ALMEIDA, P. F. *O desafio da produção de indicadores para avaliação de serviços em saúde mental*: um estudo de caso do Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa/RJ. 2002. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

AMARANTE, P. (Org.). *Saúde mental, políticas e instituições:* programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC: FIOCRUZ: EAD, 2003.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial [da] União,* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 15 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] União,* Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 16 fev. 2016.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 07 de julho de 1981, e dá outras providências. D*iário Oficial [da] União,* Brasília, DF, 2013, seção 1, p. 1. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2012.871-2013?OpenDocument>. Acesso em: 4 jan. 2015.

DALMOLIN, B. M. *Esperança equilibrista:* cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

FERLA, A. A. *et al. Incorporação das linhas de cuidado na Saúde Suplementar:* análise multicêntrica de experiências no ciclo mãe-bebê e em saúde mental nas Regiões Norte e Sul do Brasil a partir de marcadores selecionados. Relatório de pesquisa. Porto Alegre, 2010.

FIGUEIRO, R. A.; DIMENSTEIN, M. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura?. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 431-446, ago. 2010.

GERHARDT, T. E. *et al.* Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde: pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário:* abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. p. 287-298.

LIMA, M. *et al.* Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. *Interface – Comunic., Saúde*, Educ., v. 16, n. 41, p. 423-434, abr./jun. 2012.

LOBOSQUE, A. M. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. Integralidade e construção de novas profissionalidades no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup.*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 115-122, set./dez. 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Púb.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001*. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

PARÁ. Conferência estadual de saúde mental-intersetorial, 4. *Relatório final da Conferência,* 2010.

RIBEIRO, J. M. *A Agência Nacional de Saúde Suplementar e as políticas de saúde mental direcionadas para portadores de enfermidades mentais severas.* Rio de Janeiro: ANS, 2003.

SPINK, M. J. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano.* Rio de Janeiro: SciELO Books, 2010.

TAVARES, R. C.; SOUSA, S. M. G. O usuário de CAPS: quem é esse sujeito?. *Rev. Psic. Saude,* Campo Grande, v. 1, n. 1, p. 40-49, 2009. Disponível em: <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/view/12>. Acesso em: 2 jun. 2010.

Recebido para publicação em junho de 2015
Versão final em outubro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Violência psicológica em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do Ceará, Brasil

Psychological violence in lesbians, gays, bisexuals, transvestites and transsexuals in Ceará, Brazil

Grayce Alencar Albuquerque[1], Jeanderson Soares Parente[2], Jameson Moreira Belém[3], Cintia de Lima Garcia[4]

RESUMO Objetivou-se determinar o perfil de violência psicológica perpetrada contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTT) no interior cearense. Estudo quantitativo realizado com 316 indivíduos LGBTT nos municípios de Juazeiro do Norte e Crato, Ceará, Brasil. Evidenciou-se prevalência de violência psicológica, sendo insultos por parte dos agressores localizados longe da vítima o tipo mais comum. Os principais agressores são pessoas desconhecidas e as reações físicas, como agressões, são as principais formas de reação. Os índices de violência psicológica cometidas contra essa população são elevados; achado importante para o planejamento de estratégias para redução desse agravo.

PALAVRAS-CHAVE Comportamento sexual; Violência; Homossexualidade; Bissexualidade.

ABSTRACT *This study aimed to determine the profile of psychological violence against Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transgender (LGBTT) in Ceará. Quantitative study arried out with 316 LGBTT in individuals in the municipalities of Juazeiro do Norte and Crato, Ceará, Brazil. It showed a prevalence of psychological violence, and insults by the attackers located away from the victim were the most common type. The main perpetrators are unknown people and physical reactions, such as aggression, the main forms of reaction. The rates of psychological violence committed against this population are high; found important for planning strategies for the reduction of this aggravation.*

KEYWORDS *Sexual behavior; Violence; Homosexuality; Bisexuality.*

[1] Universidade Regional do Cariri (Urca) – Crato (CE), Brasil.
geycyenf.ga@gmail.com

[2] Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN) – Juazeiro do Norte (CE), Brasil.
jeanderson17@ymail.com

[3] Universidade Regional do Cariri (Urca) – Crato (CE), Brasil.
jam.ex@hotmail.com

[4] Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN) – Juazeiro do Norte (CE), Brasil.
cintiadelimagarcia@hotmail.com

 DOI: 10.1590/0103-1104201610908

Introdução

Os aspectos sexuais inerentes aos seres humanos vêm despertando o interesse de inúmeras pesquisas científicas em diferentes momentos históricos e distintas áreas do conhecimento. Nos dias atuais, esse interesse parece se direcionar para o estudo das manifestações preconceituosas e discriminatórias contra indivíduos que assumem uma identidade de gênero e orientação sexual adversa aos padrões heteronormativos hegemônicos vigentes, como a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTT) (RAMOS, CARRARA, 2006).

A heteronormatividade constitui-se em um sistema de valores e ideologias sociais e culturais, composto por indivíduos heterossexuais, que consideram a heterossexualidade a única orientação sexual natural (ALBUQUERQUE *ET AL.*, 2013). Argumentos reforçam tal condição, visto que características biológicas dos corpos masculinos e femininos consideradas naturais, por fazerem parte da natureza humana, são utilizadas para direcionar diferenças comportamentais, intelectuais, de habilidades e estilos de vida de homens e mulheres, entre essas, está inclusa a atração afetivo – sexual por pessoas do sexo oposto – a heterossexualidade (FISCHER, 2005). Assim, qualquer orientação sexual contrária a esses padrões, como a homossexualidade e bissexualidade, por serem contrárias à dita 'naturalidade imposta', não poderiam ser aceitas socialmente.

Nesse sentido, a comunidade LGBTT, ao fugir do padrão heteronormativo vigente, provoca conflitos ao contrariar um modelo hegemônico e um sistema de valores, condutas e padrões sociais e sexuais (ALBUQUERQUE *ET AL.*, 2013).

Dessa forma, qualquer manifestação sexual contrária aos padrões heteronormativos pode vir a ser alvo de violência física, sexual e/ou psicológica. Ramos e Carrara (2006) destacam a crescente mobilização LGBTT, que busca dar visibilidade aos crimes motivados pela orientação sexual não heterossexual, divulgando o termo 'homofobia' para designar tais atos violentos contra toda a comunidade LGBTT. Atualmente, variantes como LGBTTfobia são adotadas, porque incluem de forma mais explícita lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Leony (2006) caracteriza a homofobia como o ódio explícito, persistente e generalizado, manifestando-se em uma escala de violência que varia desde as agressões verbais contra a honra e a moral, até os episódios de violência física, inclusive letais, consumados com requintes de crueldade.

Segundo dados da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), no ano de 2012, por meio do Disque 100, foram registradas 27,34 violações de direitos humanos por dia contra o grupo LGBTT, de caráter homofóbico, o que caracteriza um aumento de 46,6% das violações em relação ao ano de 2011. Conforme o relatório, a principal manifestação de violência perpetrada contra a população LGBTT é a psicológica, perfazendo um total de 83,2% contra 42,5% em 2011 (BRASIL, 2013).

Várias podem ser as manifestações de violência psicológica dirigida à população LGBTT, tais como ameaças; humilhações; chantagens; cobranças para mudança de comportamento; discriminação; exploração; crítica pelo desempenho sexual e proibição de socialização, provocando, assim, o isolamento dos amigos e familiares (BRASIL, 2002). De fato, considera-se como violência psicológica agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir sua liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social.

Dessa forma, considera-se a violência perpetrada contra LGBTT um importante estressor social que resulta em impactos negativos na saúde mental e qualidade de vida de LGBTT, incluindo um aumento de quase seis vezes para ocorrência de quadros depressivos (RYAN *ET AL.*, 2009) e seus desdobramentos, como os sentimentos de culpa,

medo, desconfiança, confusão, insegurança, ansiedade, vergonha, isolamento social, dificuldades de estabelecer e manter relacionamentos amorosos, disfunções sexuais, hostilidade, distúrbios alimentares e uso/abuso de substâncias psicoativas (CARDOSO, FERRO, 2012).

Assim, considerando os altos índices de violência psicológica cometida contra a população LGBTT e suas consequências, objetivou-se determinar o perfil da violência psicológica/verbal perpetrada contra esta população na Região do Cariri, interior do Ceará, em face da inexistência de estudos acerca dessa temática em LGBTT no interior do Nordeste.

A realização deste estudo é de importante relevância científica e social, pois poderá proporcionar direcionamentos para o desenvolvimento de ações e políticas governamentais que assegurem os direitos da população LGBTT no efetivo exercício da cidadania.

Método

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, em que para recrutamento dos participantes realizou-se uma abordagem intencional de LGBTT e definição da amostra por conveniência. Os dados foram coletados durante movimentos reivindicatórios da categoria LGBTT, intitulados 'Parada Gay', promovidos em junho de 2013, nos municípios de Juazeiro do Norte e de Crato, ambos localizados na região sul do estado do Ceará, Brasil.

Foram abordados intencionalmente 400 indivíduos. Destes, 30 foram excluídos por serem simpatizantes e/ou curiosos e 54 que se recusaram a participar da pesquisa, perfazendo uma amostra final de 316 LGBTT que consentiram participação.

O processo de coleta de dados ocorreu por meio de um conjunto de questões estruturadas, previamente formuladas pela equipe pesquisadora, acerca da: I) vitimização por violência psicológica e sua tipificação, II) orientação sexual dos agressores e seu grau de relacionamento com a vítima e II) formas de reação contra a violência psicológica sofrida e problemas decorrentes dos atos violentos sofridos. Para cada pergunta, eram esperadas respostas tipo SIM ou NÃO.

As informações foram coletadas por equipe previamente treinada, em local reservado, com duração média aproximada de 15 minutos. Ressalta-se que foram resguardados a participação voluntária, segurança e o bem-estar dos participantes recrutados, mediante a adoção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando-se durante o desenvolvimento do estudo a autonomia, a dignidade e o anonimato dos participantes.

Após o término das entrevistas, os participantes foram identificados com adesivos confeccionados com o texto 'Eu participei da pesquisa', como estratégia para diminuir o viés de seleção, ao evitar que o mesmo indivíduo fosse abordado e participasse novamente.

Os dados foram agrupados por frequência de aparecimento das respostas e apresentados sob a forma de tabelas. Os resultados foram apresentados mediante frequência absoluta (fa) e frequência relativa (fr), esta última sendo representada em valores percentuais.

A etapa da discussão dos dados ocorreu em conformidade com a literatura pertinente, sendo a análise dos dados realizada por meio da comparação dos resultados encontrados com outras investigações que abordassem aspectos relativos à violência perpetrada contra a população LGBTT, no intuito de identificar possíveis evidências consensuais e divergências entre as investigações.

Esse estudo constitui fragmento de uma pesquisa ampliada intitulada 'A saúde LGBTT: LGBTTfobia, violência, drogas

e itinerários terapêuticos na busca pela igualdade de direitos e exercício da cidadania', aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC, com número de parecer 346.679, obedecendo aos princípios da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas para realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Participaram do estudo 316 LGBTT, predominantemente do sexo masculino (n=223, 70,6%,), gays (n=162, 51,3%), com identidade de gênero masculina (n= 200, 63,3%), orientação sexual homossexual (n=253, 78,7%) e que em sua maioria (n=249) já sofreram violência psicológica/verbal alguma vez na vida *(tabela 1)*.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e violência psicológica sofrida por LGBTT. Juazeiro do Norte e Crato, Ceará, Brasil, junho de 2013

Característica	fa	fr (%)	Nº Vítimas Violência
Sexo biológica			
Masculino	223	70,6	176
Feminino	93	29,4	73
Identidade de gênero			
Masculino	200	63,3	158
Feminino	113	35,8	89
Ambas (Masculino e Feminino)	03	0,9	02
Orientação sexual			
Homossexual	253	78,7	208
Bissexual	63	21,3	41
Autodefinição			
Gays	162	51,3	127
Lésbicas	71	22,5	56
Bissexuais	63	19,9	50
Travestis	14	4,4	11
Transexuais	06	1,9	05
Cor/etnia			
Amarelo	02	0,6	02
Branca	87	27,5	68
Parda	196	62,1	155
Negro	31	9,8	24

Tabela 1 (cont.)

Escolaridade			
Ensino fundamental completo	25	7,9	20
Ensino fundamental incompleto	25	7,9	20
Ensino médio completo	108	34,2	85
Ensino médio iccompleto	72	22,8	57
Ensino superior completo	27	8,5	21
Ensino superior incompleto	45	14,3	35
Pós-graduação	14	4,4	11
Estado civil			
Solteiro	200	63,3	158
Namorando	72	22,8	57
União estável	29	9,2	23
Casado/a	12	3,8	09
Divorciado/a	01	0,3	01
Viúvo	02	0,6	01

Fonte: Elaboração própria.

Entre os principais tipos de violência psicológica comumente perpetradas contra a população LGBTT, estão os insultos proferidos por indivíduos que se encontram longe (a certa distância física do LGBTT) (n=193, 77,5%), seguidos de insultos proferidos por indivíduos que estão perto (distância física reduzida) (n=186, 74,7%) e, posteriormente por pressões para alterar a orientação sexual (n= 167, 67,1%) (*tabela 2)*.

Tabela 2. Violência psicológica por subtipo em LGBTT. Juazeiro do Norte e Crato, Ceará, Brasil, junho de 2013

Variáveis dicotômicas	**Sim**		**Não**		**N/R**	
Tipo de violência e frequência	fa	fr (%)	fa	fr (%)	fa	fr (%)
Insultos de longe	193	77,5	48	19,3	08	3,2
Insultos de perto	186	74,7	53	21,2	10	4,1
Ameaça de morte	56	22,5	173	69,5	20	8,0
Ameaças de fazer algum mal	94	37,8	138	55,3	17	6,9
Agravos ao patrimônio	42	16,9	183	73,5	24	9,6
Ameaças aos familiares	67	27	163	65,4	19	7,6
Ameaça de revelar a orientação sexual	83	33,3	144	57,9	22	8,8

Tabela 2 (cont.)

Perseguição	94	37,8	139	55,8	16	6,4
Gritos de intimidação	140	56,3	92	36,8	17	6,9
Retenção de economias	41	16,5	183	73,5	25	10,0
Cárcere privado	73	29,3	160	64,3	16	6,4
Evitar contado com outras pessoas	90	36,2	143	57,5	16	6,3
Pressão para mudar a orientação sexual	167	67,1	78	31,3	04	1,6

Fonte: Elaboração própria.

A descrição do tipo de relacionamento entre vítimas e agressores evidenciou, conforme *tabela 3,* a predominância de agressores conhecidos, com destaque para membros familiares (n=112, 45,0%), enquanto diante dos agressores desconhecidos, sobressaíram-se as pessoas da rua (n=113, 45,4%). Quanto ao grau de envolvimento entre vítimas e agressores de modo geral, sobressaíram-se as pessoas desconhecidas na rua (n=113, 45,4%), seguido dos conhecidos familiares (n=112, 45,0%) e amigos (n=99, 39,8%) respectivamente *(tabela 3)*.

Tabela 3. Grau de envolvimento e/ou forma de relacionamento da vítima com os principais agressores. Juazeiro do Norte e Crato, Ceará, Brasil, junho de 2013

Variáveis dicotômicas		**Sim**		**Não**	
Envolvidos e frequência		fa	fr (%)	fa	fr (%)
Conhecido	Companheiro	12	4,8	237	95,2
	Ex-companheiro	18	7,2	231	92,8
	Familiar	112	45,0	137	55,0
	Amigo	99	39,8	150	60,2
	Parceiro ocasional	12	4,8	237	95,2
Desconhecido	Profissional de saúde	3	1,2	246	98,8
	Profissional de educação	12	4,8	237	95,2
	Profissional de justiça	15	6,0	234	94,0
	Pessoas na rua	113	45,4	136	54,6
Outros	Outros	31	12,4	218	87,6

Fonte: Elaboração própria.

Quanto às formas de reação aos atos de violência psicológica sofrida, evidenciou-se que, conforme *tabela 4,* reações físicas, caracterizadas como agressões (n=137, 55%), constituíram-se a principal forma de reação de LGBTT perante a violência sofrida. Em segundo lugar, tem-se a procura por amigos (n=133, 53,4%), o choro (n=120, 48,1%), a ingestão de bebida alcoólica (n=80, 32,0%) e a procura por familiares (n=65, 26,1%) *(tabela 4)*.

Tabela 4. Formas de reação à violência psicológica sofrida por LGBTT. Juazeiro do Norte e Crato, Ceará, Brasil, junho de 2013

Variáveis dicotômicas	**Sim**		**Não**		**N/R**	
Tipo de violência e frequência	fa	fr (%)	fa	fr (%)	fa	fr (%)
Reagiu fisicamente (agressões)	137	55,0	100	40,2	12	4,8
Reagiu verbalmente	52	20,9	181	72,7	16	6,4
Mentiu	62	24,9	171	68,7	16	6,4
Procurou ajuda na igreja	30	12,0	205	82,3	14	5,7
Procurou ajuda em centro psicológico	33	13,2	203	81,5	13	5,3
Procurou cuidados em saúde	50	20	185	74,3	14	5,7
Sentiu-se culpado	53	21,3	178	71,5	18	7,2
Ingeriu drogas	20	8,1	211	84,7	18	7,2
Ingeriu bebidas alcoólicas	80	32,0	155	62,3	14	5,7
Procurou ajuda na delegacia	40	16,0	194	77,9	15	6,1
Procurou ajuda de familiares	65	26,1	170	68,2	14	5,7
Procurou ajuda de amigos	133	53,4	104	41,8	12	4,8
Escondeu-se	60	24,1	171	68,7	18	7,2
Mudou de endereço	21	8,4	210	84,4	18	7,2
Chorou	120	48,1	116	46,6	13	5,3
Não apresentou reação	51	20,5	173	69,5	25	10,0

Fonte: Elaboração própria.

Ante os problemas psicológicos associados à violência sofrida, conforme *tabela 5,* predominou o sentimento de tristeza (n=130, 52,2%), seguido por baixa autoestima (n=94, 37,7%) e ansiedade (n=89, 35,7%) (*tabela 5*).

Tabela 5. Problemas psicológicos associados à violência sofrida em LGBTT. Juazeiro do Norte e Crato, Ceará, Brasil, junho de 2013

Variáveis dicotômicas	**Sim**		**Não**	
Problemas psicológicos e frequência	fa	fr (%)	fa	fr (%)
Depressão	70	28,1	179	71,9
Ansiedade	89	35,7	160	64,3
Pânico	33	13,3	216	86,7
Insônia	70	28,1	179	71,9
Dificuldade de concentração	48	19,3	201	80,7

Tabela 5 (cont.)

Pensamento suicida	50	20,1	199	79,9
Tristeza	130	52,2	119	47,8
Isolamento social	53	21,3	196	78,7
Irritabilidade	71	28,5	178	71,5
Baixa autoestima	94	37,7	155	62,3

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

Os resultados do estudo indicam prevalência de violência psicológica em 249 LGBTT (78,8%) e corroboram o levantamento da SDH/PR realizado em 2012 por meio da contabilização do quantitativo de denúncias realizadas ao Disque 100, em que foram registradas 9.982 violações, apontando a violência psicológica como a principal manifestação de violência perpetrada contra a população LGBTT (83,2%), seguida de discriminação (74,01%), violência física (32,68%) e violência sexual (4,18%) (BRASIL, 2013).

Pelullo, Giuseppe e Angelino (2013), em estudo realizado com mil lésbicas, gays e bissexuais na cidade de Nápoles, na Itália, entrevistas face a face, identificou que 28,3% dos participantes relataram que tinham sofrido pelo menos um episódio de vitimização em sua vida, entre esses, a prevalência de assédio verbal foi a mais frequente, totalizando 85,2%.

Esses achados apontam a violência psicológica como a principal manifestação de violência cometida contra LGBTT. Ademais, esse tipo de agravo constitui a forma mais difícil de ser visibilizada, uma vez que se apoia em mecanismos simbólicos de poder que estruturam a sociedade, fazendo com que as vítimas não a percebam como violência, pois preconceito e LGBTTfobia são caracterizados como condições naturalizadas na sociedade brasileira (BRASIL, 2012).

Considerando a predominância de indivíduos do sexo masculino vítimas de abusos emocionais (n=176), observa-se que esse achado coincide com dados da SDH/PR (BRASIL, 2013), em que a violência psicológica foi a mais reportada por indivíduos desse sexo (71,38%). Ainda, os dados obtidos corroboram os resultados de estudo conduzido por Pelullo, Giuseppe e Angelino (2013), no qual a violência psicológica esteve presente em 60,2% dos pesquisados do sexo masculino.

Esse fato, agregado à maior vitimização de indivíduos com orientação sexual homossexual, seria um indicativo da manifestação do poder machista e heteronormativo, que hierarquiza e inferioriza mulheres e homossexuais (PINO, 2007).

Uma possível explicação para esse fenômeno encontra-se no fato de que indivíduos gays, por romperem com ideários de superioridade, força e virilidade como atributos masculinos, acabam se tornando alvos de violência e discriminação social por fugirem dos papéis sexuais e sociais culturalmente atribuídos aos homens.

A existência de pessoas negras como vítimas de violência psicológica neste estudo (n=31, 9,8%) também coincide com outros estudos. Os dados do SDH/PR de 2012 revelaram que LGBTT sofreram com discriminação racial/étnica (40,55%) (BRASIL, 2013; WAISELFISZ, 2014).

Em relação aos principais tipos de violência psicológica, os resultados encontrados nesta pesquisa divergem das informações apresentadas no relatório de

violência homofóbica no Brasil pela SDH/PR, que apontou humilhações (35,32%), hostilizações (32,27%) e ameaças (15,78%) como os subtipos mais frequentes desse tipo de violência (BRASIL, 2013). No entanto, considerando que os insultos sejam uma forma de humilhação e que os gritos, de hostilização, os resultados dessas investigações se assemelham.

Quando se associa os dados da violência psicológica às formas de relacionamento e/ou envolvimento das vítimas, os dados encontrados condizem com os apresentados pela SDH/PR no ano de 2011. Os dados desse ano revelam que foram denunciadas por intermédio do Disque 100 6.809 violações dos direitos humanos, apontando que os principais agressores são pessoas conhecidas (61,9%) em relação aos desconhecidos (29,4%). Ademais, esse levantamento aponta os familiares (38,02%), vizinhos (35,8%) e companheiros (11,6%) como principais agressores entre aqueles que são conhecidos, assemelhando-se aos resultados encontrados neste estudo (BRASIL, 2012).

Diante desse cenário, em revisão sistemática conduzida por Finneran e Stepherson (2013) sobre Violência por Parceiro Íntimo (VPI) entre homens norte-americanos que fazem sexo com homens (HSH), em que, de um total de 576 estudos revisados, 28 preencheram critérios de inclusão, revelou-se o crescimento em larga escala de pesquisas relacionadas com a violência por parceiro íntimo entre HSH. Com base nos resultados da revisão, foi identificada prevalência de violência entre parceiros íntimos que variou de 29,7% a 78% A violência psicológica, por sua vez, entre esses indivíduos, foi caracterizada como menos frequente em relação aos demais tipos de violência, com sua escala variando entre 5,4% e 73,2%.

Considerando as formas de reação das vítimas diante da violência sofrida, constatou-se que as reações físicas, como as agressões, constituíram-se a principal forma de reação de LGBTT vitimizados (55%). As reações físicas enquanto manifestações de enfretamento à violência podem ser explicadas a partir da perspectiva teórica da aprendizagem social (BANDURA, 1973), a qual argumenta que um indivíduo que vivencia violência, encontra no ato em si o aval que o legitima a reagir/revidar, podendo utilizar também a violência como alternativa para tentar se impor e resolver seus conflitos. Além disso, infere-se que a carência de ações protetivas do Estado perante esse grupo constitui-se como potencial agravante das violências perpetradas.

A procura por amigos, como a segunda forma de reação à violência, sugere que essa seja uma alternativa para encontrar amparo na rede de relações sociais, como uma estratégia de enfretamento dos problemas, reforçando, dessa maneira, a importância do apoio social e familiar. Nessa perspectiva, a procura por amigos, sobrepondo-se à busca pela ajuda de familiares, põe em cheque a atuação do núcleo familiar no suporte aos indivíduos LGBTT.

Muitas vezes, a busca de LGBTT pelo apoio da família não acontece, visto que são poucas as famílias que aceitam e convivem bem com essa população, estando mais presente a intolerância e o inconformismo (PALMA; LEVANDOWSKI, 2008). Segundo os mesmos autores, quando essa população se sente amada e protegida por seus familiares, os problemas sociais decorrentes da orientação sexual homossexual e bissexual acabam se tornando menos difíceis de enfrentar.

A falta de apoio familiar e social gera impacto negativo sobre o estado emocional de indivíduos LGBTT, que passam a relatar altos níveis de humor deprimido e níveis elevados de LGBTTfobia internalizada (NYAMETHI *ET AL.*, 2012). De fato, diversos sentimentos associam-se aos atos de violência e estes mantêm relação com as estratégias de enfrentamento e suporte sociais disponíveis às vítimas, impactando em agravos à saúde, detidamente por meio da manifestação de desordens mentais, conforme achados constatados no

presente estudo, no qual predominaram sentimentos de tristeza (52,2%), baixa autoestima (37,7%) e ansiedade (35,7%).

Mustanski *et al.* (2014) discorre sobre os problemas psicossociais em grupos marginalizados, entre os quais se destacam os homossexuais. Suas pesquisas apontam as sindemias como uma explicação teórica para as disparidades em saúde dessa população. Segundo esses autores, a sindemia ocorre quando várias epidemias e fatores de risco interagem entre si, agravando o risco e as consequências das doenças, sobretudo em indivíduos que são confrontados com as adversidades da vida, principalmente manifestadas sob as formas de marginalização social e vitimização, tornando-os suscetíveis ao desenvolvimento de problemas de saúde psicossociais, tais como depressão, baixa autoestima e uso de substâncias, aumentando, dessa forma, o risco do indivíduo cometer suicídio (MUSTANSKI *ET AL.*, 2014).

É fato que LGBTT experimentam níveis mais elevados de sintomas depressivos quando comparados a homólogos heterossexuais (HATZENBUEHLER, MCLAUGHLIN, NOLEN-HOEKSEMA, 2008). Sintomatologia depressiva em LGBTT está associada às inúmeras consequências negativas na saúde, incluindo experimentação, uso e ou abuso de drogas e tentativas de suicídio (KING *ET AL.*, 2008). Assim, as evidências indicam que o sofrimento psíquico eleva a vulnerabilidade para adoção de comportamentos de risco nesse grupo.

Estudo realizado com 7.403 pessoas entrevistadas na Inglaterra sobre prevalência de resultados de saúde mental por orientação sexual, demonstrou que desfechos psicológicos negativos foram significativamente mais prevalentes em pessoas que se autoidentificaram como não heterossexuais, com razão de chance de desenvolver transtorno neurótico geral (OR = 1,47), episódio depressivo maior (OR = 1,80), psicose (OR = 3,75), dependência de drogas no ano anterior (OR = 1,70), dependência de álcool nos últimos seis meses (OR = 2,05), pensamentos suicidas (OR = 1,85), tentativas de suicídio (OR = 2,21) e automutilação (OR = 2,82) (CHAKRABORTY, 2011).

Esses resultados reforçam a importância de uma maior atenção à saúde voltada para as necessidades e especificidades da população LGBTT vítima de violência psicológica. Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde e de segurança pública identificar os indivíduos vítimas desse tipo de violência a fim de atuar no desenvolvimento de estratégias voltadas para a redução de danos e complicações, prevenção de riscos e promoção à saúde desse público.

Considerações finais

Os achados do estudo permitiram caracterizar a violência psicológica como um fenômeno complexo e multidimensional, enquanto reflexo do preconceito e hostilidade direcionados às expressões de sexualidade não heteronormativas, além de figurar como problema de saúde pública.

Ademais, a naturalização dos atos de violência contra LGBTT e a omissão social permissiva a esses atos atuam como fatores que perpetuam e disseminam um tipo de violência não tão aparente como as agressões físicas, mas uma violência silenciosa e muitas vezes imperceptível, que produz consequências graves, podendo levar suas vítimas a desenvolverem problemas de ordem mental e, em muitos casos, ao suicídio.

No que concerne às limitações da pesquisa, o delineamento metodológico transversal impossibilitou estabelecer uma associação causal entre a violência psicológica e as variáveis estudadas. Entre os pontos fortes desse estudo, destaca-se a diversidade de variáveis apresentadas e a inovação metodológica que, segundo o conhecimento de seus autores, constitui o primeiro estudo face a face na região do Cariri a estudar violência psicológica contra a população LGBTT.

Almeja-se, ao visibilizar a violência psicológica/verbal enquanto problema que afeta a

saúde da população LGBTT, contribuir com informações que possam nortear a construção de ações e intervenções no campo de políticas públicas voltadas ao combate da LGBTTfobia e suas consequências, assim como suprir a carência de dados científicos regionais sobre o assunto, inserindo as discussões no âmbito nacional e internacional e estimulando a produção de novos estudos sobre a temática. ■

Referências

ALBUQUERQUE, G. A. *et al*. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, jul./set. 2013.

BANDURA, A. *Aggression:* a social learning analysis. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1973.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar:* orientações para a prática em serviço. Brasília, DF, 2002. (Cadernos de Atenção Básica, 8; Série A – Normas e Manuais Técnicos, 131). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2016.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. *Relatório sobre violência homofóbica no Brasil:* ano de 2011. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-2011-1>. Acesso em: 21 mar. 2016.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. *Relatório sobre violência homofóbica no Brasil:* ano de 2012. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-2011-1>. Acesso em: 21 mar. 2016.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e população LGBTT: demandas e especificidades em questão. *Psicologia:* Ciência e Profissão, Brasília, DF, v. 32, n. 3, 552-63, 2012.

CHAKRABORTY, A. *et al.* Mental health of the non-heterosexual population of England. *Br J Psychiatry,* London, v. 198, n. 2, p. 143-48, jan. 2011.

FINNERAN, C.; STEPHENSON, R. Intimate Partner Violence among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse,* Thousand Oaks, v. 14, n. 12, p. 168-85, 2013.

FISCHER, R. M. B. Mídia e juventude: experiências do público e do privado na cultura. *Cad. Cedes,* Campinas, v. 25, n. 65, p. 43-58, 2005.

HATZENBUEHLER, M. L.; MCLAUGHLIN, K. A.; NOLEN-HOEKSEMA, S. Emotion regulation and internalizing symptoms in a longitudinal study of sexual minority and heterosexual adolescents. *J Child Psychol Psychiatry,* Oxford, v. 49, n. 12, p. 1270-78, dez. 2008.

KING, M. *et al.* A systematic review of mental disorder, suicide and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry,* London, v. 8, n. 70, p. 1333-45, 2008.

LEONY, M. C. *Homofobia, controle social e política pública de atendimento*. 2006. 116 f. Monografia (Pós-graduação Lato Sensu em Gestão Estratégica em Segurança Pública). Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2006.

MUSTANSKI, B. *et al.* Syndemic of psychosocial health disparities and associations with risk for attempting suicide among young sexual minority men. *American Journal of Public Health,* New York, v. 104, n. 2, p. 287-94, 2014.

NYAMATHI, A. *et al*. Correlates of depressed mood among young stimulant-using homeless gay and bisexual men. *Issues Ment Health Nurs*, London, v. 33, n. 10, p. 641-49, out. 2012.

PALMA, Y. A.; LEVANDOWSKI, D. C. Vivências pessoais e familiares de homossexuais femininas. *Psicol. estud.,* Maringá, v. 13, n. 4, p. 771-79, dez. 2013.

PELULLO, C. P.; GIUSEPPE, G. D.; ANGELILLO, I. F. Frequency of discrimination, harassment, and violence in lesbian, gay men, and bisexual in Italy. *Plos One,* San Francisco, v. 8, n. 8, p. 1284-95, 2013.

PINO, N. P. A teoria queer e os intersex: experiências invisíveis de corpos des-feitos. *Cadernos Pagu* [Internet], n. 28, p. 149-74, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n28/08.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2016.

RAMOS, S.; CARRARA, S. A constituição da problemática da violência contra homossexuais: a articulação entre ativismo e academia na elaboração de políticas públicas. *Physis,* Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 185-205, 2006.

RYAN, C. *et al.* Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, Springfield, v. 123, n. 1, 346-52, jan. 2009.

WAISELFISZ, J. J. *Mapa da violência 2014:* Homocídios e juventude no Brasil. [Internet]. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2016.

Recebido para publicação em novembro de 2015
Versão final em março de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas

Survey on the health conditions of incarcerated women

Celene Aparecida Ferrari Audi[1], Silvia Maria Santiago[2], Maria da Graça Garcia Andrade[3], Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco[4]

RESUMO Objetivo: Avaliar o perfil sociodemográfico e as condições de saúde de mulheres encarceradas. Método: Estudo transversal com 1.013 mulheres, realizado em penitenciária feminina. Resultados: Idade média de 30,8 anos; baixa escolaridade; cobertura de exame de Papanicolaou e vacinação; altas prevalências de obesidade; Transtorno Mental Comum; e uso abusivo de tabaco. Considerações: Ações de promoção da saúde; prevenção de doenças e atenção aos agravos devem ser desenvolvidas junto a essa população, assim como ações de recuperação social, como estudo e trabalho. Desenvolvimento de pesquisas em instituições fechadas possibilita ampliar o conhecimento e estabelecer parcerias entre a sociedade e o setor prisional.

PALAVRAS-CHAVE Saúde da mulher; População institucionalizada; Inquéritos epidemiológicos; Violência; Prisões.

ABSTRACT *Aim: To evaluate the socio-demographic profile and health conditions of incarcerated women. Method: Cross-sectional study with 1,013 women conducted in female penitentiary. Results: The average age of 30.8 years; low level of education; Papanicolaou test coverage and vaccination; high prevalence of obesity; Common Mental Disorder; and abusive use of tobacco. Considerations: Health promoting actions, disease prevention and attention to grievances must be developed with this population, as well as actions towards social recovery, such as study and work. Research development in closed institutions allows for expanding knowledge and establishing partnerships between the society and the prison sector.*

KEYWORDS *Women's health; Institutionalized population; Health surveys; Violence; Prisons.*

[1] Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva – Campinas (SP), Brasil. *celenefaudi@yahoo.com.br*

[2] Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva – Campinas (SP), Brasil. *santiago@fcm.unicamp.br*

[3] Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva – Campinas (SP), Brasil. *mgraa@fcm.unicamp.br*

[4] Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva – Campinas (SP), Brasil. *primaria@fcm.unicamp.br*

 DOI: 10.1590/0103-1104201610909

Introdução

Sob o olhar da saúde pública, a carga de doenças físicas e psiquiátricas no sistema carcerário apresenta um desafio e uma oportunidade para ações interdisiciplinares em países de todo o mundo. As prisões constituem-se em locais privilegiados de contato com milhões de pessoas, que estão, muitas vezes, fora do alcance dos sistemas de saúde convencionais, baseados na comunidade. A prisão pode ser uma oportunidade para o cuidado e a educação em saúde que muitos detentos poderiam não estar recebendo quando estavam em liberdade. No entanto, a maioria dos prisioneiros retorna para suas comunidades com morbidades físicas e psiquiátricas sem tratamento e, por vezes, agravadas (FAZEL; BAILLARGEON, 2011).

Mais de 10,2 milhões de pessoas estão encarceradas em todo o mundo, e este número aumentou em cerca de um milhão a partir do final dos anos 1990 até 2006-2008, com 2,3 milhões só nos Estados Unidos da América (EUA). Índia, Tailândia, Irã, Indonésia, Turquia, Brasil, México, África do Sul e Ucrânia têm população carcerária superior a 100 mil pessoas. Os EUA têm a maior proporção de prisioneiros em relação à população, com 756 presos por 100 mil, em comparação com uma média mundial de 145 por 100 mil (WALMSLEY, 2012).

No final de 2012, o Brasil apresentava 274 presos por 100 mil habitantes, considerando uma população estimada de 199,8 milhões, sendo 38% em prisão preventiva ou pré-julgamento. Contava com 1.478 instituições prisionais, abrigando 548.003 presos, sendo 34.290 em instalações policiais, enquanto oficialmente a capacidade do sistema prisional brasileiro era de 318.739 presos (8.052 em instalações policiais), apresentando um nível de ocupação de 171,9% (ICPS, 2013).

Em geral, de 2% a 9% da população carcerária em todo o mundo é composta por mulheres, isto é, mais de 625 mil mulheres são mantidas em instituições penais, seja em prisão preventiva ou cumprindo pena (ICPS, 2013).

Quase ⅓ das mulheres presas está nos EUA (201.200), seguido pela China (84.600), Rússia (59.200), Brasil (35.596) e Tailândia (29.175). A população carcerária feminina está crescendo nos cinco continentes. Entre os anos de 2006 e 2012, em um total de 187 países estudados, constatou-se um aumento de mais de 16% na população carcerária feminina, sendo verificado o maior aumento nas Américas (até 23%) e o menor, nos países europeus (até 6%) (ICPS, 2013).

No Brasil, em 2012, 6,4% da população carcerária eram constituídos por mulheres (BRASIL, 2008B; NICOLAU *ET AL.*, 2012), porém, observa-se que, embora as mulheres representem uma pequena porcentagem do total da população carcerária, esse contingente está aumentando e a taxa de crescimento tem sido maior quando comparada com a de homens (WHO, 2009).

As políticas prisionais muitas vezes ignoram as necessidades especiais e de saúde das mulheres encarceradas. A saúde é um direito humano fundamental, especialmente para os indivíduos detidos sob a custódia do Estado (MARTINS *ET AL.*, 2014). Os direitos das mulheres na prisão são os mesmos dos homens, mas a mulher raramente tem igual acesso a esses direitos. Os sistemas prisionais foram projetados principalmente para os homens, que constituem mais de 95% da população carcerária na maioria dos países, fazendo com que a estrutura dos estabelecimentos, as normas e os procedimentos prisionais muitas vezes não atendam às necessidades de saúde das mulheres (BRASIL, 2008A).

Os dados sobre a situação e os cuidados de saúde das mulheres na prisão são raros e, quando existentes, não são específicos para o gênero (WHO, 2009). Em vista disso, o presente estudo objetivou avaliar o perfil sociodemográfico e as condições de saúde de mulheres encarceradas em uma Penitenciária Feminina (PF) do interior do estado de São Paulo.

Método

Uma universidade localizada no interior do estado de São Paulo desenvolve atividades docente-assistenciais em Unidades Básicas de Saúde (UBS) desde os anos 1970 e, na última década, também como parte da formação dos alunos do quarto ano médico. No território de responsabilidade de uma dessas UBS localiza-se uma PF, cuja população carcerária, a partir de 2006, passou a ser atendida pelos profissionais e alunos dessa universidade. A atividade tem sido considerada, por docentes e alunos, significativa, tanto do ponto de vista clínico quanto do ético e do direito à saúde, envolvendo a busca da qualidade e da integralidade do cuidado.

Eram comuns, nos atendimentos a reeducandas, na UBS, queixas relativas à alimentação inadequada, ao sedentarismo, ao uso de tabaco dentro dos ambientes fechados das celas e às doenças crônicas de difícil controle, como hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, assim como às doenças infecciosas e às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids não diagnosticadas precocemente. Em relação ao atendimento em ginecologia geral, do início das atividades com as reeducandas, passou-se a atender às gestantes em 2008. As queixas quanto às más condições gerais de vida e de alimentação se mantiveram, com as gestantes frequentemente apresentando morbidades e intercorrências obstétricas.

Tal situação nos motivou a investigar com mais profundidade as condições de saúde dessas mulheres encarceradas na PF em questão, de forma que pudéssemos nos antecipar aos problemas de saúde que vinham ocorrendo e propor melhorias no ambiente que contribuíssem para preservar a saúde das mulheres.

Assim, foi conduzido um estudo transversal, no período de agosto de 2012 a julho de 2013, como parte de um projeto maior, intitulado 'Atenção integral à saúde da mulher no cárcere e dos servidores em uma penitenciária feminina no interior do estado de São Paulo'. O estudo envolveu 1.013 reeducandas, que estavam na instituição à época da pesquisa e aceitaram participar do estudo.

Duas enfermeiras e uma pesquisadora da área de saúde coletiva da universidade foram capacitadas para a realização das entrevistas e a coleta de dados. Os exames por capilaridade e as medidas corporais foram realizados apenas pelas enfermeiras.

A partir de uma listagem das 39 celas, cada mulher foi convidada a participar da pesquisa e, havendo concordância, realizava-se coleta de sangue e de dados antropométricos pela manhã e entrevista à tarde. O local de coleta que se mostrou mais adequado foi o 'salão de beleza' das próprias reeducandas, sugerido por elas, e esta proximidade com a realidade das mulheres foi facilitadora para a realização da pesquisa. Enquanto o local era utilizado para a pesquisa, as outras atividades do salão de beleza ficavam suspensas, garantindo a privacidade das mulheres durante os procedimentos. As entrevistas tiveram duração de 30 a 40 minutos, e a verificação dos dados antropométricos e a coleta de sangue por capilaridade duraram aproximadamente 10 minutos.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Administração Penitenciária (Parecer CEP/SAP nº 045/2011). Para todas as reeducandas foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que explicava detalhadamente os objetivos e procedimentos do estudo, tendo lhes sido entregue uma cópia deste documento. Cada reeducanda recebeu os resultados dos seus exames e, no caso de terem sido encontradas alterações nos parâmetros avaliados, houve solicitação de atendimento médico e/ou exames para complementação diagnóstica.

Instrumento de coleta de dados

Figura 1. Variáveis e medidas que compõem o instrumento de coleta de dados da pesquisa 'Atenção integral à saúde da mulher no cárcere e dos servidores, em uma penitenciária feminina no interior do estado de São Paulo'

QUESTIONÁRIOS

REEDUCANDA

Grávidas | Não Grávidas

Número da matrícula; naturalidade; situação conjugal; escolaridade; se estuda atualmente; religião; raça/cor da pele referida; realiza atividade ocupacional; renda; cidade da última residência; tempo em que está nessa prisão. ***Dados que foram levantados no prontuário:*** profissão; se tinha sido presa em outro município; tempo de detenção em outro município.

SERVIDORES

Além das descritas no módulo das reeducandas, sexo. **Condição de trabalho:** tempo de trabalho; horas trabalhadas por semana na PF; distância de casa para o trabalho; meios de locomoção; tempo de locomoção; cargo ou função; outra atividade ocupacional que não na penitenciária; se o trabalho que desenvolve na PF é compatível com sua formação técnica; se recebeu treinamento e se gostaria que fosse realizado algum tipo treinamento em serviço.

EM RELAÇÃO À SAÚDE

História reprodutiva materna: se recebe visita íntima; método contraceptivo; número de filhos; idade da 1ª gravidez e da 1ª gestação.

Morbidade referida: pressão alta; diabetes; queixa ginecológica; triglicérides; acido úrico; colesterol; infecção urinária; tuberculose; hanseníase; problemas de coração; enxaqueca (dor de cabeça); DST/Aids; comportamento sexual de risco; falta de desejo sexual; escabiose; pediculose; realização de citologia oncótica e de mamografia; sorologia para Aids e situação vacinal.

Morbidade referida: idem ao das reeducandas, com acréscimo de **Realização de exames preventivos:** exame de próstata nos homens com idade igual ou superior a 40 anos.

Dados antropométricos: peso; estatura; circunferência abdominal; circunferência do quadril; perímetro de pulso; bioimpedância. Sinais vitais: pulso; pressão arterial sistólica e diastólica. **Exames de sangue por capilaridade:** glicemia; colesterol; triglicérides.

CONDIÇÕES DE MORADIA E REDE SOCIAL DE APOIO

Recebe algum tipo de ajuda? Se, sim: de quem?

Estilo de vida: prática de atividade física; frequência; tipo de atividade.
Uso de substância psicoativa: uso de cigarro e dependência à nicotina, avaliada pelo Teste de Fagerström (MARI; WILLIANS, 1986).

Uso abusivo de álcool (AUDIT)

TRANSTORNO MENTAL COMUM *Avaliado pelo Self Report Questionnarie (SRQ 20)*

Violência: interpessoal, familiar e/ou do parceiro(a) íntimo(a); sofrida na adolescência; comunitária, por conhecidos ou desconhecidos. Percepção da violência no bairro onde mora. A natureza desses atos violentos: psicológica, física ou sexual.

Alimentação: frequência do consumo alimentar e avaliação in loco; avaliação da alimentação oferecida.

Gravidez atual: idade da primeira gestação; número de gravidezes; dificuldade para fazer o pré-natal; gravidez desejada; aborto; natimorto e prematuro.

Questão aberta sobre a vida: 'Se pudesse fazer algo, qual a primeira coisa que você faria, aqui, para que a vida de todas as mulheres melhorasse?'.

Questão aberta sobre a vida: 'Se pudesse fazer algo, qual a primeira coisa que você faria para que a vida de todas as mulheres melhorasse?'.

No presente estudo, foram descritas as seguintes variáveis:

Condições sociodemográficas: faixa etária; naturalidade; situação conjugal; cor de pele referida; escolaridade em anos de estudo; se estuda na PF (sim ou não); se trabalha na PF (sim ou não); renda mensal; e número de filhos.

Morbidade referida e ações de prevenção: hipertensão arterial; diabetes mellitus, problemas cardiovasculares; sangramento vaginal; problemas ginecológicos; infecção urinária; dor de cabeça; fraturas; Transtorno Mental Comum (TMC) com ponto de corte ≥ 8 (MARI; WILLIANS, 1986); tuberculose; hanseníase; DST e escabiose, todas categorizadas em 'sim' ou 'não'. A realização de citologia oncótica e de mamografia foi investigada em relação aos últimos 12 meses. O status vacinal foi avaliado pela pergunta: 'A senhora está com as vacinas em dia?'.

Indicadores referentes a estilo de vida e comportamento relacionados à saúde: dependência de nicotina avaliada pelo Teste de Fagerström (FERREIRA *ET AL.*, 2009); uso de tranquilizantes (sim ou não); prática de atividade física com frequência igual ou superior a 30 minutos diários; Índice de Massa Corporal (IMC) (kg/m²), com pontos de corte adotados pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998); e prática de atividade sexual de risco (sim ou não).

Violência e uso de drogas: violência psicológica, física ou sexual no último ano antes de ser presa (sim ou não); violência antes dos 15 anos de idade (presenciou agressão física na família, sofreu agressão física na família, foi tocada sexualmente sem que desejasse); uso de drogas no último ano antes de ser presa (sim ou não); e frequência de uso (≤ 1 vez/mês, 2 a 4 vezes/mês, 2 a 3 vezes/semana e ≥ 4 vezes/semana).

Foram realizadas análises descritivas com a apresentação das frequências absolutas e percentuais para o conjunto de variáveis sociodemográficas, de morbidade referida e práticas preventivas, para os indicadores de estilo de vida e de comportamentos relacionados à saúde, de violência e uso de drogas considerados no estudo. Para o cálculo das frequências, foram excluídas do total as mulheres que não souberam ou não responderam às questões.

Resultados

A instituição prisional onde foi realizada a pesquisa é considerada a segunda maior PF do estado de São Paulo. O estabelecimento era um local de detenção masculina e, em março de 1993, passou a ser uma PF, com objetivo de abrigar mulheres em prisão temporária e cumprimento de pena. Tem capacidade para 556 mulheres, mas, à época da realização da pesquisa, albergava cerca de 1.100 mulheres.

Condições sociodemográficas

Entre as 1.013 reeducandas entrevistadas, 30 (3%) estavam grávidas. A idade média foi de 30,8 (desvio padrão = 9,3) anos de idade. A maioria das mulheres tinha idade entre 20 e 39 anos (77,3%); eram naturais de outros municípios do estado de São Paulo (69,7%), solteiras (51,5%), não brancas (51,4%), católicas ou protestantes (83,3%), tinham escolaridade igual ou inferior a 3 anos de estudo (61,4%), não estudavam na penitenciária (95,8%), não tinham qualquer renda (63,8%) e não realizavam atividade ocupacional no cárcere (88,5%). Destaque-se que 80,6% dessas mulheres eram mães *(tabela 1)*.

Tabela 1. Características sociodemográficas das reeducandas de PF do interior do estado de São Paulo, Brasil, 2012-2013

Variáveis	**N**	**Reeducandas**
	1.013	100%
Faixa etária[a]		
Menor de 20 anos	43	4,3
20 a 39	783	77,7
40 a 59	173	17,2
60 ou mais	8	0,8
Naturalidade		
Campinas	129	12,7
Outro município de São Paulo	706	69,7
Outro estado	171	16,9
Outro país	7	0,7
Situação conjugal		
Casada/União consensual	355	35
Solteira	522	51,5
Separada/Desquitada/Viúva	136	13,4
Cor da pele[b]		
Branca	487	48,3
Não branca	521	51,7
Religião[c]		
Sem religião	51	5,2
Católica	400	40,4
Protestante/Crente evangélica	444	44,8
Espírita	34	3,4
Outra	62	6,2
Escolaridade (em anos de estudo)[d]		
0 a 3 anos	622	63
4 a 8 anos	328	33,2
9 anos ou mais	38	3,8
Estuda na penitenciária		
Não	970	95,8
Sim	43	4,2
Renda mensal[e]		
Nenhuma	646	64
Meio salário mínimo	319	31,6
1 a 2	34	3,4
≥ 3	10	1

Tabela 1 (cont.)

Trabalha na penitenciária		
Não	897	88,5
Sim	116	11,5
Recebe visita íntima		
Não	946	93,4
Sim	6,7	6,6
Nº de filhos		
Nenhum	197	19,4
1 a 2	428	42,3
3 ou mais	388	38,3

Não sabe/não respondeu: [a] Faixa etária: 6. [b] Cor da pele: 5. [c] Religião: 22. [d] Número de anos que frequentou a escola: 25. [e] Renda: 4.

Diversas atividades ocupacionais eram exerciam antes da prisão, em geral, exigindo baixa qualificação profissional, tais como: ajudante de cozinha e geral; artesã; auxiliar de limpeza, de produção e de vendas; serviços domésticos; manicure/cabeleireira; trabalhadora agrícola; balconista; costureira; microempresária; operadora de caixa; do lar; e faxineira, entre outras. Algumas estavam aposentadas; outras referiram trabalhar como autônomas ou estavam sem ocupação na época em que foram presas ou, simplesmente, não informaram a atividade que realizavam antes da prisão.

Condições de saúde e comportamentos relacionados à saúde

Em relação à morbidade referida, observaram-se elevadas prevalências de problemas ginecológicos, antecedentes de fratura e escabiose/pediculose. A prevalência de dor de cabeça referida foi de 59,3% e de TMC foi de 66,7%. Em relação às ações de prevenção, verificaram-se baixas prevalências de realização de exames de citologia oncótica de colo uterino e de mamografia. Apenas 31% das mulheres referiram estar com as vacinas em dia *(tabela 2)*.

Tabela 2. Prevalência de morbidade referida e ações de prevenção entre as reeducandas da PF, interior do estado de São Paulo, Brasil, 2012-2013

Variáveis	**N**	**Reeducandas**
	1.013	100%
Morbidade referida		
Hipertensão arterial	217	21,4
Sangramento vaginal	66	6,5
Problema ginecológica	345	34,1
Infecção urinária	314	31
Problema no coração	90	8,9
Tuberculose	29	2,9
Diabetes	32	3,2
Fraturas	357	35,2

Tabela 2 (cont.)		
Dor de cabeça	601	59,3
Hanseníase	13	1,3
Doenças sexualmente transmissíveis	16	11,5
Escabiose/Pediculose	251	24,8
TMC	675	66,7
Ações de prevenção		
Citologia oncótica	266	26,3
Mamografia	147	14,5
Vacinas em dia	321	31,7

Na *tabela 3*, são apresentadas as prevalências de indicadores relacionados ao estilo de vida e de comportamentos relacionados à saúde. Foi observada dependência grave de nicotina em 26,1% das mulheres; o uso de tranquilizantes foi referido por 19,1% das entrevistadas; cerca de 70% não praticavam atividade física; e a maioria das presas (56,9%) apresentava sobrepeso ou obesidade. A prática de atividade sexual de risco (manter relação sexual sem o uso de preservativos e com vários parceiros) foi referida por 26,8% das mulheres.

Tabela 3. Prevalência de indicadores referentes ao estilo de vida e ao comportamento relacionados à saúde, em reeducandas da PF, interior do estado de São Paulo, Brasil, 2012-2013

Variáveis	**N**	**Reeducandas**
	1.013	100%
Dependência de nicotina (Teste de Fagerström)[a]		
Não fuma	309	30,5
Leve (0-4)	411	40,6
Moderada (5-7)	313	30,9
Grave (8-10)	264	26,1
Faz uso de tranquilizantes[b]		
Sim	193	19,2
Não	816	80,8
Prática de atividade física >= 30 min/dia		
Sim	302	29,8
Não	711	70,2
Índice de Massa Corporal (IMC) (kg/m²)[c]		
Baixo peso	36	3,8
Eutrófico	426	45,5
Sobrepeso	287	30,6
Obeso	188	20
Atividade sexual de risco	271	26,8

Não sabe/não respondeu: [a] Teste de Fagerström: 25; [b] Faz uso de tranquilizantes: 4; [c] IMC 76.

A violência física faz parte da história de vida dessas mulheres, tendo início na adolescência (26,9%) e perdurando pela vida (31,4%), assim como o alto consumo de drogas (62,4%).

A prevalência do uso de drogas entre as mulheres no último ano antes da reclusão foi de 62,3%. Quase metade delas referiu consumir drogas diariamente *(tabela 4)*.

Tabela 4. Prevalência de violência e uso de drogas em reeducandas da PF, interior do estado São Paulo, Brasil, 2012-2013

Variáveis	N	Reeducandas
	1.013	100%
Violência no último ano antes de ser presa [a]		
Psicológica	376	37,1
Física	318	31,4
Sexual	79	7,8
Violência antes dos 15 anos de idade [b]		
Presenciou agressão física na família	421	41,6
Sofreu agressão física na família	273	26,9
Foi tocada sexualmente sem que desejasse	184	18,2
Uso de drogas no último ano antes de ser presa		
Sim	631	62,4
Frequência do uso de drogas antes de ser presa		
Nunca	393	38,8
≤ 1 vez/mês	10	1
2 a 4 vezes/mês	48	4,7
2 a 3 vezes/semana	121	11,9
4 ou mais vezes/semana	441	43,5

[a] Não sofreu violência: 240; [b] Nunca presenciou ou sofreu violência antes dos 15 anos de idade: 135.

Discussão

As ações de saúde pública para a população, em geral, e para a carcerária, em especial, representam um direito de cidadania. Na situação de encarceramento, contribuem para a ressocialização do indivíduo. Ainda, é responsabilidade do Estado a preservação da vida, da integridade física e mental e da saúde dos indivíduos (BRASIL, 2008B).

O desenvolvimento do estudo permitiu, além de conhecer o perfil sociodemográfico e as condições de saúde das reeducandas, transitar por sutis significados das relações sociais, em um universo com códigos específicos, neologismos, experiências inéditas, imaginários e fantasias, que povoam uma realidade dura, com muitos conflitos e, provavelmente, difíceis e incertas respostas (OPAS, 2012).

Levantamento realizado no Brasil, no ano de 2008, encontrou 508 estabelecimentos penais com mulheres encarceradas, sendo 58 exclusivos para mulheres e 450 para ambos os sexos. Nos estabelecimentos penais mistos, encontram-se pavilhões, alas e celas

adaptadas para mulheres e, em sua maioria, não há qualquer forma de tratamento voltado para a ressocialização das presas, tampouco creche e berçário para seus filhos (BRASIL, 2008B), uma condição que também foi constatada na PF em que se desenvolveu a pesquisa.

O perfil sociodemográfico das reeducandas estudadas revelou que a maioria é composta de mulheres jovens, pardas e negras, solteiras e com baixa escolaridade, assim como o encontrado em levantamento feito pelo Departamento Penitenciário Nacional (Depen), em 2008-2009 (BRASIL, 2008A). Este é o retrato de muitas jovens brasileiras, que vivem em situação de desestruturação familiar, social e econômica. A fragilidade das políticas públicas na garantia de educação de qualidade, moradia, lazer, saneamento básico, alimentação, qualificação profissional e oferta de trabalho dificulta o alcance de um lugar com vida digna na sociedade (NICOLAU *ET AL.*, 2012).

Constatamos que apenas 11,5% das reeducandas desenvolviam alguma atividade laboral na prisão, o que contrasta com pesquisa nacional onde os responsáveis pelos estabelecimentos afirmam que 47,5% das mulheres encarceradas desempenham tais atividades nas unidades. Somente 4,3% das reeducandas referiram estudar na PF, percentual que esteve muito abaixo daquele divulgado por pesquisa nacional (25,4%) (BRASIL, 2008A).

Na penitenciaria estudada, 6,6% das reeducandas referiram receber visita íntima. Este número pode estar subestimado, pois não é permitido receber visita íntima na instituição por falta de estrutura e, dessa forma, provavelmente muitas deixaram de relatar suas experiências. Em 70,6% do conjunto dos estabelecimentos penais, existe permissão para visita íntima, mas apenas 9,7% das presas recebem este tipo de visitação (CARVALHO *ET AL.*, 2006; BRASIL, 2008A).

No presente estudo, encontrou-se elevada prevalência de morbidades referidas e uma cobertura reduzida de exames preventivos e de imunização. A condição de confinamento possibilita a implantação/implementação de ações de promoção da saúde e prevenção das doenças para a maioria das reeducandas. Novamente, a situação verificada diverge daquela apresentada em diagnóstico nacional sobre saúde das mulheres encarceradas, cujas informações são de que 92,2% realizam regularmente exame preventivo para o câncer de colo do útero e 88,2% para o câncer de mama, não sendo especificado o tipo de exame realizado (BRASIL, 2008A).

Compreendemos que o grande contingente de mulheres jovens na penitenciária estudada coloca boa parte delas fora dos programas de rastreamento mamográfico do câncer de mama, o mesmo não ocorrendo em relação ao câncer do colo uterino, que deve ser implementado precocemente, em especial, quando há risco maior para as DST, evidenciado pela alta prevalência de comportamento sexual de risco (BRASIL, 2013A).

A prática de atividade física é muito pouco realizada entre as mulheres. Embora exista um pátio no local estudado, apenas 1/3 das reeducandas referiu realizar meia hora de atividade física diariamente. Em 43,1% das unidades penais femininas, são desenvolvidas atividades esportivas regularmente (BRASIL, 2008A). O sobrepeso verificado nas reeducandas foi menor quando comparado com a população em geral, enquanto a prevalência de obesidade foi semelhante, condição essa também verificada em outros estudos (SCHERER *ET AL.*, 2011; BRASIL, 2013B). A prevalência de obesidade entre mulheres adultas (18 anos de idade ou mais) residentes em Campinas (SP), no ano de 2008, foi menor do que a prevalência observada entre as reeducandas (FRANCISCO *ET AL.*, 2015). O sobrepeso, a obesidade e a inatividade física são importantes fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (GIGANTE; MOURA; SARDINHA, 2009; FAZEL; BAILLARGEON, 2011). A alimentação, que sempre foi uma queixa constante das internas, pode vir a receber mais atenção, com a inauguração da cozinha na própria unidade prisional,

ocorrida há três meses. A coordenação da unidade e as internas já notaram expressiva melhora na qualidade da alimentação, além da abertura de vários postos de trabalho. Certamente, o olhar externo da universidade, apontando a necessidade de alimentação mais saudável, concorreu para essa conquista da população que vive naquele espaço.

O estudo mostrou um elevado percentual de uso de tranquilizantes entre as mulheres presas, semelhante ao encontrado em outra penitenciária do interior do estado (SCHERER *ET AL.*, 2011). No que se refere ao consumo de cigarros, a proporção verificada foi maior quando comparada com a de mulheres residentes na comunidade (SCHERER *ET AL.*, 2011; BRASIL, 2013B). No Brasil, as medidas de controle implementadas nos últimos 20 anos já se traduzem em diminuição significativa da prevalência do tabagismo e de doenças relacionadas ao tabaco (INCA; CONICQ, 2014), porém, o mesmo não ocorre dentro das instituições prisionais do País.

Os maus-tratos e abusos cometidos contra as mulheres brasileiras apresentam uma extensão significativa. Situações recorrentes relacionadas aos diversos tipos de violência sofridos pelas mulheres, nos diferentes ciclos de vida, foram encontradas (AUDI *ET AL.*, 2008), sendo a faixa etária mais suscetível à violência a que envolve pré-adolescentes, adolescentes e adultas jovens, entre 10 e 19 anos de idade (28,8%), seguida por crianças de até 9 anos (21%) (BRASIL, 2010). Este cenário de crescimento da violência contra a mulher exige uma ampla mobilização das políticas públicas, com a articulação de suas redes e serviços para a prevenção, o atendimento, a proteção e a reabilitação de suas vítimas, o que se configura, na atualidade, como um imenso desafio a ser transposto. Estes indicadores permitem inferir o agravamento do quadro de violência contra as mulheres no Brasil, no qual crianças e adolescentes femininas são diariamente vitimizadas (BRASIL, 2010; ESCORSIM, 2014).

O percurso da investigação mostrou que essas instituições são bastante fechadas ao olhar da sociedade em geral, e que o conhecimento das condições de saúde, a partir de um olhar externo às prisões, pode contribuir para a estruturação de ações que ampliem a possibilidade de ressocialização dos indivíduos presos.

Neste estudo, adotou-se o termo 'reeducanda', em referência às mulheres encarceradas, em razão de ser o utilizado pela instituição e pelo sistema prisional. Porém, reconhecemos que, nas condições atuais da penitenciária, são poucas as ações no sentido de reeducação e reinserção social das mulheres.

Considerações finais

O conhecimento das condições de funcionamento das instituições prisionais, em especial, as que abrigam mulheres, é importante para fundamentar a reflexão sobre a situação de mulheres em cumprimento de pena – que costuma permanecer obscura e silenciosa –, de modo a permitir a adoção de medidas para, se não solucionar, ao menos contribuir substancialmente para a melhoria da realidade atual. Mas, para além do contexto prisional, também configura uma grave situação social, à medida que essas mulheres também são mães e encontram escassas condições de exercer a maternidade de forma satisfatória e de minimizar a vulnerabilidade de suas famílias.

Condições de saúde são um importante indicador para que a sociedade tome consciência da necessidade de ações mais eficazes junto à população encarcerada – hoje, em grande número no País –, contribuindo para uma sociedade mais pacificada.

O período do desenvolvimento da pesquisa também foi importante para identificar inúmeras ações de maior e menor complexidade, imediatas e de longo prazo – em especial, na área da saúde –, que podem ajudar a encontrar formas menos

desumanas de privação de liberdade e se caracterizem pela oportunidade de cuidado e recomposição da vida, e não apenas como punição pura e simples. Um melhor equacionamento da alimentação constitui uma dessas ações, que, com medidas simples, têm significado avanços consideráveis nas condições de permanência na penitenciária. Neste sentido, outras ações como as ligadas à promoção da atividade física também podem e devem ser implementadas. ■

Referências

AUDI, C. A. F. *et al.* Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 877-885, 2008.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. *Mulheres Encarceradas:* diagnóstico nacional. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2008a. 92 p. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/cadeias/doutrina/Mulheres%20Encarceradas.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Viva:* vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.* 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 124 p. (Cadernos de Atenção Básica, 13).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2012*: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 136 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2013.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2015.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Grupo de trabalho interministerial:* reorganização e reformulação do sistema prisional feminino, 2008. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008b. 196 p. Disponível em: <http://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2012/09/RELATORIO_FINAL_-_vers%C3%A3o_97-20031.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2015.

CARVALHO, M. L. *et al.* Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social. *Ciência Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 461-471, 2006.

ESCORSIM, S. M. Violência de gênero e saúde coletiva: um debate necessário. *R. Katál,* Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 235-241, 2014.

FAZEL, S.; BAILLARGEON, J. The health of prisoners. *The Lancet,* Reino Unido, v. 377, n. 9769, p. 956-965, 2011.

FERREIRA, P. L. *et al.* Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Rev. Port. Saud. Pub.*, Portugal, v. 27, n. 2, p. 37-56, 2009.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Desigualdades sociodemográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito telefônico em Campinas. *Epidemiol. Serv. Saúde,* São Paulo, v. 24, n. 1, p. 7-18, 2015.

GIGANTE, D. P.; MOURA, E. C.; SARDINHA, L. M. V. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 83-89, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA); COMISSÃO NACIONAL PARA IMPLEMENTAÇÃO DA CONVENÇÃO-QUADRO PARA CONTROLE DO TABACO (CONICQ). *Política Nacional de controle do tabaco:* relatório de gestão e progresso, 2011-2012. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 132p.

INTERNATIONAL CENTRE FOR PRISON STUDIES (ICPS). *World prison brief.* [Internet]. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org>. Acesso em: 1 dez. 2013.

MARI, J. J.; WILLIANS, P. A. Validity study of a psychiatric screening questionnaire (SQR-20) in Primary Care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry,* Inglaterra, v. 148, p. 23-66, 1986.

MARTINS, É. L. C. *et al*. O contraditório direito à saúde de pessoas em privação de liberdade: o caso de uma unidade prisional de Minas Gerais. *Saude Soc*., São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1222-1234, 2014.

NICOLAU, A. I. O. *et al*. Retrato da realidade socioeconômica e sexual de mulheres presidiárias. *Acta Paul Enferm*., São Paulo, v. 25, n. 3, p. 386-392, 2012.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Guia sobre gênero, HIV/Aids, coinfecções no sistema prisional*. Brasília, DF: OPAS; OMS, 2012. 65 p. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_aids/Publicacoes/GUIA_SOBRE_GENERO_HIV_em_prisoes_2012.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2016.

SCHERER, Z. A. P. *et al*. Perfil sociodemográfico e história penal da população encarcerada de uma penitenciária feminina do interior do estado de São Paulo. Rev. *Eletrônica Saúde Mental Álcool Droga,* São Paulo, v. 7, n. 2, 2011.

WALMSLEY, R. *World female imprisonment list:* women and girls in penal institutions, including pre-trial detainees/remand prisoners. 2. ed. London: King's College London International Centre for Prison Studies, 2012. Disponível em: <http://www.prisonstudies.org/images/news_events/wfil2ndedition.pdf>. Acesso em: 15 maio 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Obesity preventing and managing the global epidemic*. WHO: Programme of Nutrition, Family and Reproductive Health, 1998. 178 p.

_____. *Women's health in prison:* correcting gender inequity in prison health. WHO: Copenhagen, 2009. 67 p. Disponível em: <http://www.euro.who.int/pubrequest>. Acesso em: 10 abr. 2015.

Recebido para publicação em agosto de 2015
Versão final em janeiro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: convênio MS/Opas-Unicamp/Funcamp. Projeto no 4.681. Apoio Bolsa de Pós-doutoramento: Fapesp. Processo 2012/14.163-6

Enfermedades crónicas y factores de riesgo en adultos mayores de Argentina: años 2001 – 2009

Chronic diseases and risk factors in older adults from Argentina: years 2001 to 2009

Andrés Conrado Peranovich[1]

RESUMEN El presente documento evalúa el impacto de las enfermedades crónicas prevalentes en la población mayor de 65 años en Argentina en el período 2001 – 009, a través del método de la Esperanza de Vida Ajustada por Discapacidad. Complementariamente, se describe la prevalencia de estas enfermedades en el país en el mismo período de tiempo, así como de los factores de riesgo asociadas a ellas. Se evidencia un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como son la hipertensión arterial y la diabetes, entre otras, pero también un progreso en la calidad de vida de las personas afectadas por estas enfermedades, que mejoraría a medida que envejece la población.

PALABRAS-CLAVE Envejecimiento; Enfermedad crónica; Morbilidad; Indicadores de calidad de vida.

ABSTRACT *This paper evaluates the impact of chronic diseases prevalent in the population over 65 years in Argentina in 2001 – 2009, through the method of Disability Adjusted Life Expectancy. In addition, the prevalence of these diseases is described in the same time period as well as the risk factors associated with them. An increased prevalence of chronic noncommunicable diseases is evident, such as hypertension and diabetes, among others, but also an improvement in the quality of life of people affected by these diseases, which improve as the population ages.*

KEYWORDS *Aging; Chronic disease; Morbility; Indicators of quality of life.*

[1] Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Ciecs), Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (Conicet) – Córdoba, Argentina. *andrescpera@gmail.com*

Introducción

Argentina viene experimentando durante las últimas décadas un proceso de cambio poblacional importante, con la evolución de la tercera edad en la pirámide poblacional, incrementando el peso de las personas en edad avanzada, y el predominio de enfermedades crónicas y la discapacidad en los patrones de morbilidad. Estas nuevas tendencias de salud en los países en proceso de envejecimiento son difícilmente reflejadas por los indicadores clásicos del estado de salud de las poblaciones, puesto que los mismos se basan exclusivamente en datos de mortalidad. Resulta entonces necesario utilizar indicadores de salud que tengan en cuenta también la carga de morbilidad y discapacidad. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso a principios de este siglo unos indicadores que permiten medir la carga de las enfermedades a nivel internacional, los AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad) y los EVAD (Esperanza de Vida Ajustada por Discapacidad). Ambos se basan en las mismas premisas y esencialmente en los mismos datos, pero los EVAD resultan prácticos pues la mayoría de las personas están familiarizadas con el concepto de esperanza de vida y los resultados pueden, por tanto, ser más fácilmente entendidos y eventualmente lograr un mayor impacto en términos de acciones concretas por parte de los responsables de tomar decisiones (SEUC; DOMÍNGUEZ ALONSO, 2002).

Este tipo de indicador permite medir cuánto se pierde en salud debido a los efectos mortales y no mortales de las enfermedades, así como los factores de riesgo asociados a ellas, que afectan las capacidades de los individuos de manera insidiosa y permanente, y que además ejercen presiones diversas sobre los servicios de salud por la magnitud de la demanda y los costos, que se derivan de una atención continua y muchas veces especializada. Este instrumento, además, permite integrar a las enfermedades los factores de riesgo que influyen altamente en la pérdida de salud de las poblaciones y que están muy extendidos, teniendo un gran impacto en la salud.

Objetivos

El presente documento plantea como objetivo evaluar el estado de salud de la población mayor de 65 años de edad en Argentina en el período 2001-2009, evidenciando el impacto de las enfermedades crónicas prevalentes más importantes, utilizando para ello el método de la EVAD. Complementariamente, se describe la prevalencia de estas enfermedades en el país en el mismo período de tiempo, así como de los factores de riesgo asociadas a ellas.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio cuantitativo basado en el análisis de las EVAD para la población de personas de 65 años y más residentes en Argentina, para el período 2001-2009. Las principales ventajas de este método de cálculo, el cual es ampliamente usado en investigaciones de salud, son la adopción de cálculos simples y que la información requerida es relativamente fácil de encontrar. Los datos disponibles de las fuentes mencionadas anteriormente corresponden a los años 2001, 2005 y 2009, no estando aún disponibles los datos para el año 2013.

Se utilizan como fuentes, la información estadística originada en los registros permanentes y censos del Sistema Estadístico de Salud (SES) de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, dependiente del Ministerio de Salud de Argentina, desde el 2001 hasta el 2009, los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 y 2009 producidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y los registros correspondientes a Argentina de la

Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) 2001. También se utilizó la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud 2003 y 2005, coordinada por el Centro de Estudios de Opinión Pública de la Universidad de Buenos Aires (CEDOP-UBA).

Los datos se desglosan por sexo y grupos quinquenales de edad a partir de los 65 años, con un grupo final abierto de 80 años y más.

Las enfermedades crónicas analizadas se eligieron en base a la disponibilidad de datos para su estudio, existiendo datos para Hipertensión arterial (HTA), Diabetes (DBT), Enfermedad Pulmonar Crónica (EPOC), Accidente Cerebrovascular (ACV), Osteoartritis y Afecciones Cardíacas Crónicas (IC).

El proceso de construcción de las EVAD implica: primero el cálculo de una tabla de vida para los años estudiados, utilizando datos de defunciones y población obtenidos de las estadísticas vitales. En segundo lugar se obtienen de las fuentes citadas la prevalencia desglosadas por sexo y grupos de edades de las enfermedades en estudio, en forma de porcentajes, adecuándose a posteriori a la cohorte hipotética de 100.000 personas considerada para la construcción de la tabla de vida. En tercer lugar se considera la severidad asociada a las enfermedades y secuelas analizadas, para lo cual se toman como referencia los pesos de discapacidad obtenidos por Murray y asociados para el año 2001 (MURRAY; LOPEZ, 1996; LOPEZ *ET AL.*, 2006). Para el caso de las comorbilidades de cada enfermedad, se utilizó un método multiplicativo/intuitivo propuesto por Mathers (2000) y modificado por Seuc y Dominguez (2002), obteniendo así una sola severidad para cada enfermedad considerada.

Para la estimación de las tablas de vida se utilizó la planilla LTPOPDTH del *software* demográfico PAS, y para el cálculo de la EVAD se utilizó el programa Excel.

El estudio de los factores de riesgo asociados a las enfermedades estudiadas resulta del análisis de las frecuencias de variables relacionadas con la salud de la población de personas mayores de 65 años de edad.

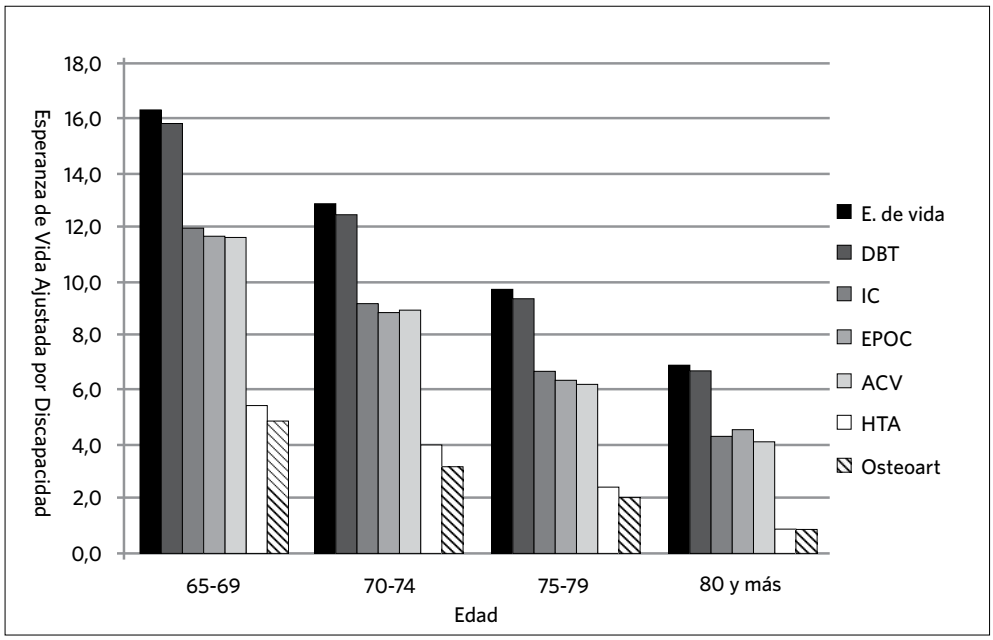
Resultados

La EVAD expresa la cantidad de vida saludable que un individuo promedio puede esperar vivir, basada en la prevalencia de enfermedades que producen tanto discapacidad como muerte. Por ende, los datos han de interpretarse como años de vida que se espera que viva la población en relación a los años de vida que debería vivir si no tuviera alguna de las enfermedades consideradas.

Teniendo en cuenta ese punto de vista, se exhiben a continuación los resultados obtenidos para la población total de Argentina, para los años 2001, 2005 y 2009.

Para el año 2001, el *gráfico 1* muestra la distribución de los años de esperanza de vida con y sin enfermedades crónicas. En el mismo se observa que la mayor cantidad de años de esperanza de vida saludable se pierden a consecuencia de la osteoartritis y la hipertensión arterial (entre un 88% y un 70%, según grupo de edad considerado); la esperanza de vida se reduce menos con los ACV, las EPOC y las afecciones cardíacas crónicas (aproximadamente un 30%), mientras que son muy pocos los años de esperanza de vida saludables que se pierden a causa de diabetes (3%).

Gráfico 1. Argentina. Esperanza de vida ajustada por discapacidad (EVAD) de las principales enfermedades crónicas de la población de 65 años y más, por grupos quinquenales de edad. Año 2001



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud y del INDEC.

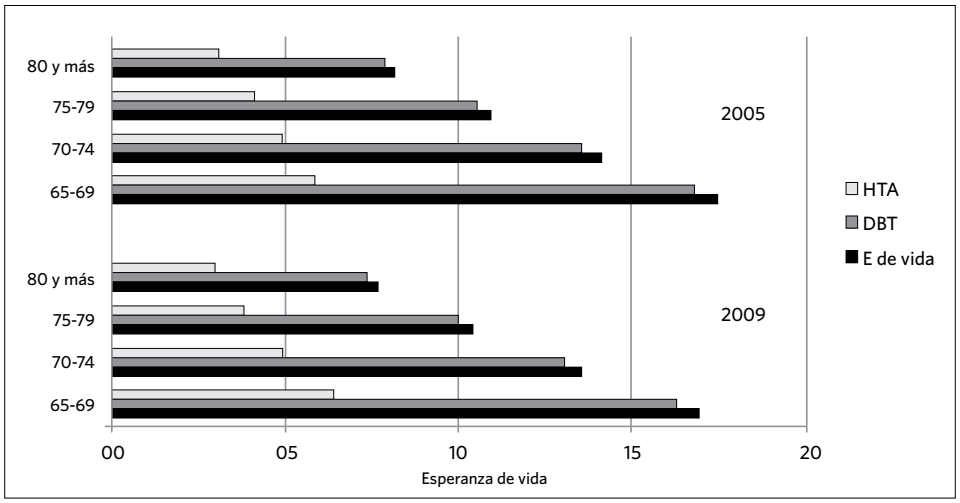
La distribución por sexo, por su parte, si bien se mantienen las relaciones mencionadas, se muestran algunos cambios leves en la pérdida de años de vida. Así observamos que las mujeres pierden más años de vida saludables por diabetes que los hombres, sobre todo después de los 80 años de edad. Por otro lado, en los varones los episodios de ACV generan una pérdida mayor de años de vida saludables que en las mujeres (entre un 40% y un 60% para hombres en relación a un 20 a 30% para mujeres). En contrapartida, las mujeres pierden muchos más años de vida saludable a consecuencia de la osteoartritis que los hombres (en promedio 49% contra un 92% respectivamente), hasta el punto que se considera que todas las mujeres de más de 80 años presentan algún tipo de discapacidad por esta causa.

Además, si bien son menores las esperanzas de vida ajustada por discapacidad causada por hipertensión arterial en varones en relación a las mujeres, el porcentaje de reducción de dichas esperanzas de vida es ligeramente mayor en mujeres que en varones (66% en varones, 70% en mujeres).

En el caso del año 2005, sólo se cuenta con los datos de prevalencia de diabetes e hipertensión arterial. Para estos datos, la distribución de las EVAD resulta similar a la del año 2001, siendo la hipertensión arterial la enfermedad que mayor cantidad de años de vida saludable reduce (62%) contra un 4% de reducción provocada por la diabetes. Si bien esta misma distribución se mantiene en ambos sexos, es de notar que es mayor la reducción de esperanza de vida tanto por hipertensión como por diabetes en los hombres (68% y 5%, respectivamente) con respecto a las mujeres (59% y 3%).

Considerando los datos correspondientes al año 2009, pueden aplicarse los mismos comentarios que se hicieron en relación al año 2005, aunque la diferencia en disminución de años de vida saludables es menor entre ambos sexos *(gráfico 2)*.

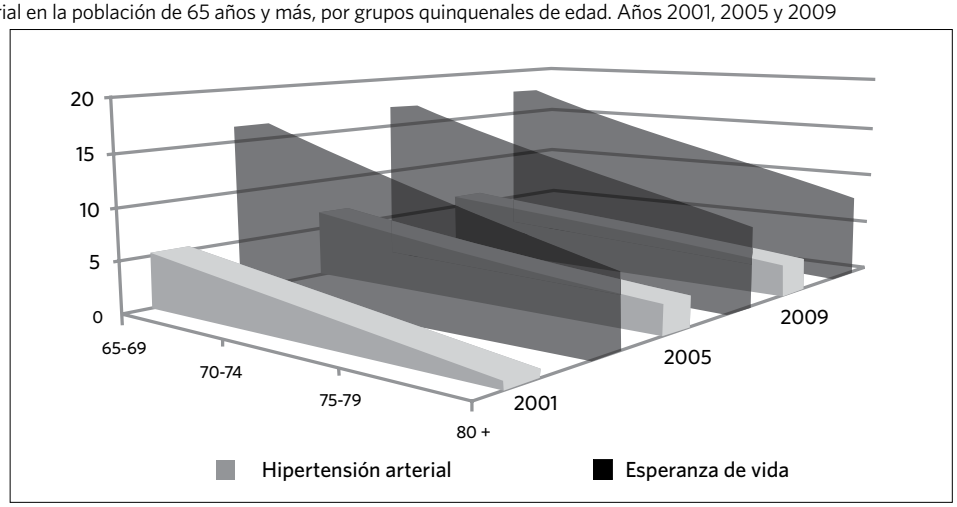
Gráfico 2. Argentina. Esperanza de vida ajustada por discapacidad (EVAD) de las principales enfermedades crónicas de la población de 65 años y más, por grupos quinquenales de edad. Años 2005 y 2009



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud y del INDEC.

Veamos ahora la evolución en el tiempo de las dos enfermedades crónicas sobre las que se dispone de datos para Argentina. La hipertensión arterial ha ido aumentando su esperanza de vida saludable, que sufre una reducción del 64% en el 2009 en relación al 75% que reducía su vida en el 2001. Esta disminución resulta más marcada en los grupos poblacionales de 75-79 años y 80 y más. En el 2001, tanto varones como mujeres veían reducido más sus años de vida saludable a medida que aumentaba la edad. Esta tendencia se mantiene en el 2005, pero sólo para los hombres, mientras que las mujeres empiezan a disminuir esta pérdida a partir de los 75 años. Para el año 2009 las mujeres mantienen la relación descripta para el 2005, mientras que los hombres presentan valores similares para todos los grupos etarios. De todo esto deriva que en el transcurso del período considerado, es la población de más de 75 años la que más se ha beneficiado por la disminución de la discapacidad por hipertensión arterial *(gráfico 3)*.

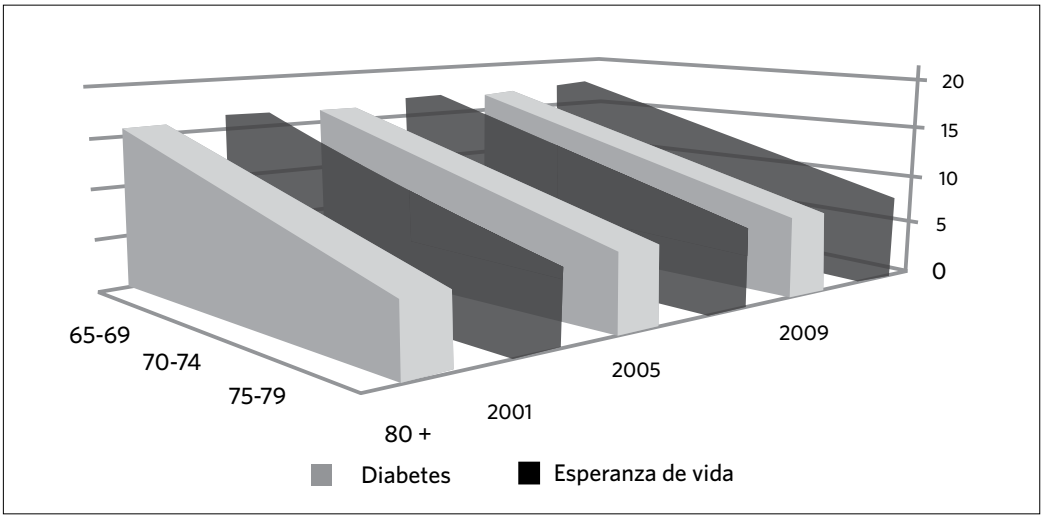
Gráfico 3. Argentina. Evolución de la esperanza de vida ajustada por discapacidad (EVAD) a consecuencia de hipertensión arterial en la población de 65 años y más, por grupos quinquenales de edad. Años 2001, 2005 y 2009



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud y del INDEC.

Con respecto a la diabetes, es poco el cambio que ha sufrido en su esperanza de vida saludable en el último decenio. Esta enfermedad ha disminuido levemente su porcentaje de reducción de la esperanza de vida, pasando de 3% en 2001 a 4% en el 2009. Puede mencionarse que, si bien el porcentaje de reducción de la esperanza de vida era mayor en mujeres que en hombres en el 2001 (un 4% contra un 2%, respectivamente), a partir del 2005 esta tendencia se invierte, llegando la reducción a un 5% en hombres en relación a un 3% en mujeres *(gráfico 4)*.

Gráfico 4. Argentina. Evolución de la esperanza de vida ajustada por discapacidad (EVAD) a consecuencia de diabetes en la población de 65 años y más, por grupos quinquenales de edad. Años 2001, 2005 y 2009



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud y del INDEC.

Prevalencia de enfermedades crónicas y factores de riesgo para las mismas

Además de cuantificar 'integralmente' la carga de las enfermedades (y sus secuelas), la EVAD permite cuantificar la carga de los factores de riesgo que están 'detrás' de esas enfermedades (MATHERS, 2000), aspecto éste especialmente útil desde el punto de vista práctico pues permitiría establecer prioridades sobre aspectos que generalmente son modificables, en particular cuando se consideran factores de riesgo asociados a estilos de vida y de tipo ambiental.

Son varios los factores de riesgo que inciden sobre la salud de las personas, por lo que nos referiremos a los más importantes que afectan la salud de los argentinos de 65 años y más.

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo (OMS, 2015C). Las causas de muerte más importantes relacionadas con este consumo son: enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias. El cigarrillo es causa de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfisema. Para la población en estudio encontramos que la prevalencia de consumo

actual de tabaco, definida como porcentaje de personas que fuman todos o algunos días en la actualidad y que a lo largo de su vida han fumado al menos 100 cigarrillos, llega en promedio al 10%, mientras que la prevalencia de ex consumo de tabaco, definido como porcentaje de personas que fumaron alguna vez en su vida al menos 100 cigarrillos y que no fuman actualmente, llegó a un 25,8% en el 2005 y a un 28,5% en el 2009. El varón es quien indudablemente consume más tabaco en esta población, pero, a pesar de ello, son las mujeres las que en los últimos años dejan más este hábito.

Es necesario aclarar que el consumo de tabaco durante un tiempo prolongado deja secuelas en el sistema respiratorio, y que, por ejemplo para que disminuya el riesgo de cáncer de pulmón al nivel de un no fumador, un individuo debe dejar de fumar por lo menos durante 15 años. El consumo pasivo de tabaco llega también en promedio, al 27% en este grupo etario, con un importante aumento del mismo en el período 2005 a 2009.

Con respecto al consumo de alcohol, es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito (OMS, 2015A). El mismo resulta perjudicial cuando se toma en cantidad. Para la población de adultos mayores, en promedio el 2,3% declara realizar abuso habitual de alcohol. De los varones, el 6% presenta consumo excesivo de alcohol, mientras que las mujeres presentan un 5% de consumo excesivo.

Existen también otros factores que favorecen la incidencia de enfermedades como son el sobrepeso y la baja actividad física.

Un índice de masa corporal elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), y algunos cánceres (del endometrio, la mama y el colon) (OMS, 2015B).

En general, la evidencia disponible demuestra de forma contundente que, en comparación con los adultos mayores menos activos, hombres y mujeres, las personas mayores físicamente activas presentan menores tasas de mortalidad por todas las causas, cardiopatía coronaria, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo 2, cáncer de colon y de mama, y depresión, un mejor funcionamiento de sus sistemas cardiorrespiratorio y muscular, y una mejor masa y composición corporal. También presentan una mayor salud funcional, un menor riesgo de caídas, unas funciones cognitivas mejor conservadas, y un menor riesgo de limitaciones funcionales moderadas y graves (OMS, 2010A).

En Argentina, en promedio, entre 2005 y 2009, de entre las personas de 65 años y más, casi el 40% presenta sobrepeso, un 17% presenta obesidad y más de un 62% tiene un nivel de actividad física bajo. Estos factores son, a su vez, más pronunciados en las mujeres, en relación a los hombres de la misma edad, y, aunque los porcentajes entre sexos no han variado significativamente, esta predominancia femenina se ha mantenido a lo largo del período estudiado.

Asimismo, se registra una prevalencia en aumento del colesterol elevado en la sangre, que alcanza al 32% y 35% de la población estudiada en el 2005 y el 2009, respectivamente. Este factor presenta la misma tendencia que los anteriores en relación al evidente predominio en el sexo femenino.

Cuadro 1. Argentina. Prevalencia de factores de riesgo para las principales enfermedades crónicas en la población mayor de 65 años de edad. Porcentajes. Años 2001, 2005 y 2009

Factores de riesgo	Años		
	2001	2005	2009
Sobrepeso	39,2	39,6	40,0
Obesidad	13,28	15,8	18,7
Nivel físico bajo	48,64	58,1	67,0
Tabaco prevalencia actual	8,29	9,2	10,2
Tabaco ex consumo	23,27	25,8	28,5
Tabaco pasivo	15,51	23,0	32,7
Alcohol exceso	9,31	10,4	11,6
Alcohol abuso habitual	1,03	1,7	2,8
Colesterol alto	28,7	32,1	35,7

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud y del INDEC.

En resumen, los factores de riesgo de gran relevancia en las enfermedades crónicas estudiadas se asocian con hábitos tóxicos como el tabaco y el alcohol, pero también una inadecuada alimentación que deviene en obesidad o colesterol elevado en la sangre, además de un bajo nivel de ejercicio. En Argentina, estos factores de riesgo muestran en general una tendencia creciente a lo largo de la última década *(cuadro 1)*. Se puede advertir que esta tendencia no es muy pronunciada, y se presenta con diferencias según el género.

Discusión

En concordancia con la probada relación que existe entre algunas enfermedades crónicas y ciertos factores de riesgo, se evidencia que en Argentina, la población de más de 65 años de edad presenta un aumento en la prevalencia de hipertensión arterial y de diabetes, en asociación con un simultáneo incremento de la prevalencia de factores de riesgo que incluyen en dichas enfermedades. Ese aumento es más progresivo para la diabetes y, en cambio, más variable para la hipertensión arterial.

Sin embargo, al mismo tiempo se observa que el efecto que produce la morbilidad de estas enfermedades en la esperanza de vida va disminuyendo en el mismo período de tiempo. Es decir, en la última década ha ido disminuyendo el impacto de las complicaciones de algunas enfermedades crónicas en la prolongación de la vida de las personas, siendo las secuelas discapacitantes de estas enfermedades cada vez menos frecuentes. La pregunta obvia que resulta de esta observación es, sin duda, ¿cuál es la causa de este fenómeno? Una primera hipótesis podría barajar la posibilidad de que la mejora en el tratamiento de estas enfermedades lograría que la mayor parte de las personas diagnosticadas sean tratadas en forma efectiva, y esto evite, disminuya o al menos retrase la aparición de instancias discapacitantes. Esta suposición resulta tentadora, aunque es necesario en primer término evidenciar que esta tendencia tan positiva se haya logrado en sólo una década. Otra alternativa se deriva de una mejora en las condiciones de vida de

la población mayor de 65 años, ya sea por una mejora en su situación socioeconómica (censo de población) o quizás por estar afectada por un control médico más frecuente debido a su mayor susceptibilidad al desarrollo de enfermedades. Así por ejemplo, en el caso de la diabetes, existe actualmente un consenso en que, si se mantiene un control metabólico adecuado, la expectativa de vida de un diabético puede llegar a ser similar a la de una persona no diabética.

Por otro lado, si la calidad de vida de la población enferma va en aumento, ¿significa esto que los factores de riesgo (que también van en aumento) sólo inciden en la aparición de la enfermedad, pero no en el desarrollo de sus complicaciones? Por ejemplo, si comparamos los resultados obtenidos con los de un gran estudio realizado con personas con diabetes tipo 2, el United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), que han demostrado que el control de la presión arterial y el consumo de tabaco reducen significativamente la aparición de complicaciones de la diabetes y, por ende, la calidad de vida de estos pacientes (STRATTON, 2001). De la misma forma, los pacientes con hipertensión arterial mayores de 75 años de edad, parecen gozar de mejor calidad de vida, aún cuando presentan factores de riesgo asociados a complicaciones que van en franco aumento, por ejemplo el sedentarismo en ambos sexos y el consumo excesivo de alcohol en las mujeres.

Resulta interesante indagar si estos factores son eliminados definitivamente de la vida de una persona, una vez que la misma ha sido diagnosticada, y qué influencia tienen en el desarrollo de discapacidad. Y en el caso de que estos factores no tengan importancia relevante, entonces, ¿cuáles son los factores que intervienen en la aparición de complicaciones en estas enfermedades?

Los resultados de esta investigación respecto al incremento de la carga de morbilidad de determinadas enfermedades crónicas no trasmisibles en el país, coincide con lo reportado en la literatura sobre el panorama de la región y del mundo. En efecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011) advierte que Latinoamérica ha sido golpeada con fuerza por las enfermedades crónicas, representando actualmente el 75% de las defunciones de la región. Proyecciones estimadas para los próximos decenios hablan de un aumento de la prevalencia de estas enfermedades mayor al 40% si persisten las tendencias actuales.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010B), para el 2007, la mediana de EVAD para la región de las Américas fue de 64 años, países desarrollados como Canadá y los Estados Unidos alcanzaron 73 y 70 años de esperanza de vida saludable, respectivamente; Chile, Costa Rica y Cuba son los países americanos en desarrollo con mayor avance en este indicador. En cambio, en países pobres como El Salvador y Haití, la mujer pierde más del 14% de su esperanza de vida al padecer una enfermedad crónica o una discapacidad.

Aunque este incremento de las enfermedades crónicas se relacionaría con un aumento en la expectativa de vida, como ocurre a nivel mundial, el envejecimiento poblacional no es el único culpable, pues los factores asociados al estilo de vida de la población se han transformado ahora en determinantes principales de riesgo de estas enfermedades en todas las edades.

Por otro lado, en el análisis de la población realizado, se observa una clara tendencia diferencial de género, identificándose que las mujeres permanecen más tiempo con enfermedades crónicas, lo que reduce su esperanza de vida saludable. Varios estudios han concluido que, aunque la esperanza de vida es mayor para las mujeres, la proporción de años libres de enfermedad es menor respecto a los hombres, sugiriendo que las mujeres sobreviven más tiempo que los hombres luego de desarrollar enfermedad (ROBINE; ROMIEU; CAMBOIS, 1999).

Sin embargo, la afirmación de que la

mayor longevidad de las mujeres es la única responsable de su menor esperanza de vida saludable, no es correcta, pues en el caso de la diabetes, que en los países en desarrollo es más frecuente en los rangos medios de edad, se asume que está relacionada con diferencias en la distribución de los factores de riesgo, particularmente nutricionales, de actividad física, de sobrepeso y obesidad, más frecuentes en mujeres, vinculado a aspectos culturales y a bajos ingresos (SHAI; JIANG; MANSON, 2006).

Este argumento vuelve a poner de manifiesto la importancia de estos factores de riesgo, que aumentan la susceptibilidad a la diabetes y a otras enfermedades crónicas no trasmisibles (DOMÍNGUEZ ALONSO; SEUC, 2005) y que pueden ser eliminados sólo con modificaciones que dependen, esencialmente, de aspectos conductuales. Para el logro de este propósito se requiere de programas de prevención y promoción de salud bien organizados y con una participación multidisciplinaria e intersectorial.

Entendiendo que la probabilidad de padecer una discapacidad aumenta con la edad, y que las mujeres sobreviven más que los hombres, surge una lógica preocupación respecto a la calidad de vida y el efecto en la salud que esto tiene en las mujeres, y desde la perspectiva de la salud pública implica un incremento en la utilización de los servicios de salud (RODRIGUEZ-ABREGO; RAMÍREZ-SANCHEZ; TORRES, 2014)

Lo anteriormente expuesto debería tenerse muy en cuenta, sobre todo si consideramos el crecimiento de la población adulta mayor en Argentina, que pasó de 1.855 personas en 2001 a superar las 3.500 en 2010, de las cuales 2.703 son mujeres. El 95% de esta población, además, reside en ámbitos urbanos y está cubierta por un seguro social, y sólo apenas el 2% reside en hogares geriátricos (ODDONE, 2014).

Conclusiones

Simultáneamente al envejecimiento progresivo de la población, se evidencia un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como son la hipertensión arterial y la diabetes, entre otras. Este proceso se observa en los datos de Argentina durante la primera década del siglo XXI, a través de los análisis realizados. Pero también se demuestra una mejora en la calidad de vida de las personas afectadas por estas enfermedades, que mejoraría a medida que envejece la población. Curiosamente, los factores de riesgo que se asocian a estas enfermedades y que tienen que ver con el estilo de vida de la población en estudio, en general, también aumentan en el período considerado, dando lugar a algunas consideraciones relacionadas a la incidencia de las complicaciones de las enfermedades relacionadas a estos factores de riesgo.

Es importante tener en cuenta que para cualquier indicador que pretenda resumir la carga de enfermedad de una población, se requiere la obtención de estimaciones confiables y consistentes de parámetros epidemiológicos tales como incidencia, prevalencia, tasa de mortalidad, riesgos relativos asociados a ciertos factores, edad promedio al debut y duración promedio de las enfermedades y secuelas. Esto constituye un requisito previo para el cálculo de indicadores de salud más novedosos y explicativos, pero tiene por sí mismo un valor científico y práctico importante.

Una limitación en el uso de la EVAD como indicador es, justamente, la falta de homogeneidad de la calidad de las estadísticas de mortalidad y morbilidad de cada país, lo cual impide una medida comparable de la carga de morbilidad a nivel internacional. ■

Referencias

DOMÍNGUEZ ALONSO, E.; SEUC, A. H. Esperanza de vida ajustada por algunas enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet], v. 43, n. 2, 2005. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032005000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acceso en: 11 feb. 2016.

LOPEZ, A. *et al*. (Org.). *Global burden of disease and risk factors*. Washington, DC: World Bank, 2006. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11812/>. Acceso en: 11 feb. 2016.

MATHERS, C. *Guidelines for national burden of disease studies*. 2000. Mimeo.

MURRAY, C.; LÓPEZ, A. (Org.). *The global burden of disease:* a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press, 1996.

ODDONE, M. J. *El desafío de la diversidad en el envejecimiento en América latina*. 2014. Disponible en: <http://flacso.org.ar/noticias/el-desafio-de-la-diversidad-en-el-envejecimiento-en-america-latina>. Acceso en: 11 feb. 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Centro de Prensa. *Alcohol*. 2015a. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>. Acceso en: 11 feb. 2016. (Nota descriptiva, 349).

_____. Centro de Prensa. *Obesidad y sobrepeso*. 2015b. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>. Acceso en: 11 feb. 2016. (Nota descriptiva, 311).

_____. Centro de Prensa. *Tabaco*. 2015c. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>. Acceso en: 11 feb. 2016. (Nota descriptiva, 339).

_____. *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. 2010a. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/es/>. Acceso en: 11 feb. 2016.

_____. *World Health Statistics 2010*. Suiza: World Health Organization, 2010b. Disponible en: < http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS10_Full.pdf>. Acceso en: 11 feb. 2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Enfermedades no transmisibles en las Américas:* indicadores básicos 2011. 2011. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16179&Itemid>. Acceso en: 11 feb. 2016.

ROBINE, J. M.; ROMIEU, I.; CAMBOIS, E. Health expectancy indicators. *Bull World Health Org,* Geneva, v. 77, n. 2, p. 181-185, 1999. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/archives/77(2)181.pdf>. Acceso en: 11 feb. 2016.

RODRIGUEZ-ABREGO, G.; RAMÍREZ-SANCHEZ, T.; TORRES, L. Esperanza de vida saludable en adultos mayores con seguridad social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, v. 52, n. 6, p. 610-617, 2014.

SEUC, A. H.; DOMÍNGUEZ ALONSO, E. Introducción al cálculo de esperanza de vida ajustada por discapacidad. *Rev Cubana Hig Epidemiol,* Ciudad de la Habana, v. 40, n. 2, p. 95-102, 2002. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032002000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acceso en: 11 feb. 2016.

SHAI, I.; JIANG, R.; MANSON, J. Ethnicity, obesity, and risk of type 2 diabetes in women: a 20-year follow-up study. *Diabetes Care,* Alexandria, VA, v. 29, n. 7, p. 1585, 2006.

STRATTON, I. M. *et al*. UKPDS 50: risk factors for incidence and progression of retinopathy in Type II diabetes over 6 years from diagnosis. *Diabetologia,* Berlin, v. 44, n. 2, p. 156-163, 2001.

Recebido para publicación en febrero de 2015
Versión final en septiembre de 2015
Conflicto de intereses: inexistente
Apoyo financiero: no hubo

A Vigilância Sanitária no controle de riscos potenciais em serviços de hemoterapia no Brasil

Health Surveillance in the control of potential risks in hemotherapy services in Brazil

João Batista Silva Júnior[1], Daphne Rattner[2]

RESUMO O artigo descreve a situação sanitária dos serviços de hemoterapia avaliados pela Vigilância Sanitária em 2011 e 2012 por meio do Método de Avaliação de Risco Potencial de Serviços de Hemoterapia (MARPSH), classificando-os em cinco categorias: Baixo, Médio-Baixo, Médio, Médio-Alto e Alto. Dos 560 avaliados, houve acréscimo de 9% nos classificados como de baixo risco e queda de 6% entre os de alto. Os principais problemas foram encontrados na região Norte, em agências transfusionais e serviços públicos. Destacaram-se não conformidades relacionadas à gestão da qualidade, de pessoal e de equipamentos. Apesar das melhorias observadas, notaram-se serviços críticos com comprometimento à segurança e à eficácia dos produtos e serviços.

PALAVRAS-CHAVE Serviço de hemoterapia; Vigilância sanitária; Controle de riscos; Avaliação.

ABSTRACT *The article describes the risks of hemotherapy services evaluated by the Health Surveillance in 2011 and 2012 through the Valuation Method of Potential Risks in Hemotherapy Services (MARPSH), classifying them into five categories: Low, Medium-Low, Medium, Medium-High and High. Of the 560 evaluated, there was an increase of 9% among the classified as low risk and a decrease of 6% among the high risk. The main problems were found in the Northern Region, in transfusion agencies (Hospital Blood Banks) and public services. Nonconformities were mostly related to quality management, of personnel and of equipment. Despite the observed improvements, there were services with critical aspects related to their commitment to the safety and effectiveness of products and services.*

KEYWORDS *Hemotherapy service; Health surveillance; Risk management; Evaluation.*

[1] Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – Brasília (DF), Brasil.
batista.junior@anvisa.gov.br

[2] Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
daphne.rattner@gmail.com

 DOI: 10.1590/0103-1104201610911

Introdução

Em 2012, o Brasil produziu cerca de 4,2 milhões de hemocomponentes provenientes do sangue de doadores, com aproximadamente 3,5 milhões de procedimentos transfusionais realizados, o que torna esta terapêutica essencial à saúde pública brasileira (ANVISA, 2012). Os serviços de hemoterapia se configuram como sistemas complexos e de alta vigilância devido à natureza dos procedimentos de cuidados a doadores e a pacientes, e das atividades de produção de terapêuticos injetáveis (MURPHY; STANWORTH; YAZER, 2011), com uso de inúmeros insumos, equipamentos e tecnologias diversificadas.

A hemoterapia brasileira, até a década de 1980, era marcada por influências mercantilistas, descaso dos poderes públicos, insuficiência e inoperância técnica, além de arcabouço legal fragilizado. Da mesma forma, a Vigilância Sanitária (Visa) de sangue estava desaparelhada e desorganizada (SANTOS; MORAES; COELHO, 1991). Segundo Santos, Moraes e Coelho (1992), somente após a criação do Programa Nacional de Sangue (Pró-Sangue) e o fortalecimento das fiscalizações em serviços pela Visa, começou-se a avançar na perspectiva de qualidade e segurança transfusional no Brasil. Um dos cenários problemáticos apontados na I Conferência de Vigilância Sanitária, em 2001, foi a falta de controle sanitário efetivo das atividades relacionadas a sangue e a hemoderivados no Brasil (ANVISA, 2001).

Embora as transfusões sanguíneas sejam, atualmente, uma prática clínica segura, riscos fazem parte do ciclo do sangue e um desvio ou falha pode comprometer a saúde de doadores, profissionais envolvidos e pacientes. Alguns exemplos: os pacientes podem receber sangue com agentes infecciosos se os resultados dos testes analíticos na amostra de sangue de um doador infectado por um agente transmissível não forem interpretados corretamente, ou se os materiais, insumos e equipamentos para a realização dos testes forem inadequados; os pacientes podem sofrer de insuficiência renal (ou até mesmo morrer) devido à determinação errônea do grupo sanguíneo, ou podem ter uma infecção bacteriana se o sangue for coletado, processado, armazenado e administrado em ambientes ou com procedimentos que comprometem a esterilidade do produto, entre outros danos (RAMOA; MAIA; LOURENÇO, 2012).

Segundo Zou *et al.* (2010) e Epstein e Holmberg (2010), a necessidade de constante ação de vigilância torna-se cada vez mais evidente, tanto no sentido de melhorar quanto no de manter os avanços alcançados. As flutuações observadas na qualidade e nos mecanismos de controle dos serviços de hemoterapia chamam a atenção para a necessidade de monitoramento contínuo e de avaliação periódica.

Em 2012, a Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA) (ENGLAND, 2012), autoridade nacional de vigilância sanitária da Inglaterra, publicou relatório sobre as principais não conformidades observadas desde 2005 neste país, oriundas do Sistema de Hemovigilância e dos relatórios das inspeções sanitárias dos serviços de hemoterapia. Segundo informações do referido documento, cerca de 60% dos problemas referiam-se a erros humanos por imperícia técnica, falta de atenção, estresse e falta de comunicação entre os profissionais. Analisando os anos de 2010 a 2011, os dados de inspeção apontaram que os maiores problemas foram encontrados na garantia de qualidade, manutenção de equipamentos, validação de processos e documentação (ENGLAND, 2012). A avaliação de erros e eventos adversos, bem como a de falhas nas barreiras de controle, é empregada em muitos métodos de avaliação dos riscos em sistemas produtivos (OBSY *ET AL.*, 2007).

A avaliação ou o julgamento normativo, a partir de critérios e normas, deve utilizar dispositivos capazes de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente

legítimas, inserindo a avaliação em um sistema social organizado para apoio à decisão (CONTANDRIOPOULOS *ET AL.*, 1997).

Os instrumentos de Visa, necessariamente, estão no âmbito da avaliação normativa quando se propõem a medir os níveis de controle desenhados por meio de estruturas e processos definidos em normas. Navarro, Costa e Drexler (2010) e Leite (2007), desenvolvendo metodologia de avaliação em serviços de saúde baseada em informações da Visa, discutem a necessidade de compreensão do risco, que pode estar desprovido da mensuração de causa e efeito, porém, necessariamente relacionado aos mecanismos e às falhas de controle. É o que os autores chamam de risco potencial, como um fator possível na determinação de ocorrência de um agravo à saúde, sem necessariamente descrever o agravo e a sua probabilidade de ocorrência. A falta ou a precariedade de instrumentos de Visa que forneçam informações úteis para o diagnóstico da situação sanitária e a magnitude do risco envolvido em serviços de hemoterapia contribui para um processo desqualificado de tomada de decisão (LUCCHESE, 2001).

Nesse contexto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) elaborou um Método de Avaliação de Riscos Potenciais em Serviços de Hemoterapia (MARPSH), descrito por Silva Júnior e Rattner (2014), que tem sido adotado pelas Visa no seu processo de gerenciamento de riscos em sangue no Brasil. O objetivo deste artigo é descrever o perfil sanitário dos serviços de hemoterapia avaliados durante as inspeções sanitárias nos anos de 2011 e 2012, com a utilização do MARPSH.

Método

Trata-se de estudo descritivo do perfil sanitário dos serviços de hemoterapia brasileiros, avaliados nos anos de 2011 e 2012 por inspetores de Visa, quando aplicado o MARPSH, cujas planilhas se encontram arquivadas na Anvisa.

Objeto de estudo

Os serviços de hemoterapia avaliados pela Visa nos anos de 2011 e 2012 foram o objeto deste estudo. Para a caracterização dos serviços, foi utilizada a base de dados do Sistema de Gerenciamento de Cadastros de Serviços de Hemoterapia (Hemocad), gerenciado pela Anvisa, que é o cadastro oficial de Serviços de Hemoterapia (SH) no Brasil. Esse sistema informatizado permite à Visa local a atualização dos dados dos serviços, via sistema hipertextual, com operação pela internet. Devido às variações periódicas no número de serviços registrados no Hemocad, foram utilizados os dados disponíveis no dia 23 de janeiro de 2013.

As planilhas de inspeção do MARPSH, utilizadas como fontes de dados, foram submetidas à análise de consistência, excluindo-se as que não estavam adequadas. Foram excluídas planilhas referentes a serviços inspecionados em outros anos ou que foram submetidos a duas inspeções em um mesmo ano (reinspeção). Nesse caso, optou-se por utilizar a segunda planilha, por refletir a mais recente situação sanitária do serviço. Também foram excluídas planilhas duplicadas, com erros ou lacunas de preenchimento e sem informações passíveis de tratamento. Os erros relacionados às variáveis – razão social e nome fantasia – foram corrigidos com auxílio do banco de dados do Hemocad e do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde.

Das 994 planilhas disponíveis em 2011, foram eliminadas 26, permanecendo um total de 968 SH avaliados e disponíveis para este estudo. E das 1.094 referentes a 2012, foram eliminadas 18 planilhas, compondo um conjunto de 1.076. Do total de planilhas válidas do ano de 2011 (968) e 2012 (1.076), foram selecionadas aquelas referentes a serviços de hemoterapia que foram avaliados nos dois anos consecutivos. Dessa forma, o material de pesquisa disponível foi composto

por 1.120 planilhas resultantes da aplicação do MARPSH, referentes aos 560 serviços de hemoterapia inspecionados pela Visa nos anos de 2011 e 2012 respectivamente, consolidadas e arquivadas na Anvisa.

Sobre o MARPSH

O MARPSH é um instrumental desenvolvido pela Anvisa, utilizado nas ações de inspeção sanitária em SH. Sistematiza a verificação dos cumprimentos dos requisitos estipulados pela legislação sanitária, sendo uma metodologia de Visa para gerenciamento pró-ativo dos riscos referentes ao ciclo do sangue. O instrumento utiliza a dimensão do risco potencial em uma modelagem multicritério, que integra em seu mecanismo analítico itens diversificados referentes à estrutura e ao processo dos SH. Com esta ferramenta, cada medida de controle é avaliada segundo a estimativa entre a possibilidade da falha e o seu consequente dano, usando, para tanto, uma tabela ou matriz de priorização de riscos potenciais baseada no roteiro de inspeção sanitária. De acordo com a porcentagem dos itens ou requisitos cumpridos, é definido um indicador denominado Proporção de Controle (PC), que classifica os serviços de hemoterapia em cinco classes de risco potencial: PC≥95% – Baixo; 80%≤PC<95% – Médio-Baixo; 70%≤PC<80% – Médio; 60%≤PC<70% – Médio-Alto; e PC <60% – Alto.

Processo de coleta das informações do MARPSH

O fluxo de coleta de informações se inicia na inspeção sanitária: a equipe de Visa aplica o roteiro de inspeção, utilizando-se de técnicas de observação, entrevista e análise documental. Os inspetores, ao final do trabalho, avaliam as não conformidades encontradas utilizando o MARPSH. Ao transcrever os dados coletados para a planilha do *software* Microsoft Office Excel, que compõe o MARPSH, o inspetor dispõe de resultados prontamente calculados, podendo classificar o serviço de acordo com o risco potencial. De posse desses resultados, analisa a porcentagem de não conformidades detectadas e as características dos itens não conformes. A equipe de inspeção e o gestor de Visa local avaliam o mecanismo mais efetivo para as ações fiscalizatórias. O relatório e as condutas decisórias são comunicados ao SH inspecionado, sendo acordadas as adequações necessárias. O inspetor então finaliza as informações sobre as decisões tomadas, arquiva os documentos e as planilhas de avaliação do MARPSH nos arquivos da Visa local e envia cópias aos entes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Na Anvisa, essas planilhas são avaliadas, consolidadas em *software* Microsoft Office Excel e arquivadas.

Análise dos dados

Os serviços avaliados foram caracterizados em relação ao quantitativo de serviços cadastrados no Hemocad, com descrição do total de serviços por tipologia, definida pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Anvisa nº 151/2001, por macrorregiões brasileiras e por financiamento. A descrição da situação sanitária dos 560 serviços de hemoterapia selecionados e avaliados, consecutivamente, nos anos de 2011 e 2012 se deu utilizando a classificação de risco do MARPSH por tipologia, por macrorregiões e por financiamento. A descrição quantitativa e qualitativa das não conformidades encontradas durante a inspeção foi organizada de acordo com a divisão de categorias adotada em documento da Organização Mundial de Saúde (OMS), 'Good Manufacturing Practices for Blood Establishments', versão 2011; e do Pharmaceutical Inspection Convention Scheme (PIC/s), 'GMP Guide for Blood Establishments', versão 2007, por meio do *software* Microsoft Office Excel. Dessa forma, os itens de controle foram

agrupados por suas características relacionadas às dimensões de avaliação de estrutura (física, de materiais e equipamentos, de recursos humanos, de documentação/registros) e de processo (procedimentos técnicos e gestão da qualidade).

Além dessa categorização, as não conformidades foram estruturadas por setores ou locais relacionados ao ciclo do sangue, como não conformidades de âmbito geral, relacionadas ao doador, ao processamento de sangue e seus componentes, aos testes laboratoriais e ao setor de transfusão sanguínea. Dentre os 471 itens de controle que compõem a matriz avaliativa, foram escolhidos aqueles cujas não conformidades apareceram em mais de 10% dos serviços, em pelo menos um dos anos avaliados. Assim, foram selecionados 64 itens de controle, que apresentaram algum tipo de não conformidade. As frequências observadas foram organizadas de forma a possibilitar a visualização da diferença percentual entre os itens de controle não conformes nos dois anos avaliados. O estudo foi aprovado pelo Núcleo de Educação, Pesquisa e Conhecimento, seguindo a Política de Segurança da Informação e Comunicações da Anvisa (Portaria 1552, de 12 de novembro de 2012), que estabeleceu as diretrizes para a segurança do manuseio, tratamento, controle e proteção dos dados, informações e conhecimentos produzidos, armazenados ou transmitidos pela Agência.

Resultados

Do material disponível para estudo, foi possível avaliar, comparativamente, nos dois anos consecutivos (2011 e 2012), 28% dos serviços cadastrados no Brasil, correspondendo a quase metade dos serviços avaliados por cada ano, separadamente. Analisando por tipo de serviço, a menor porcentagem do quantitativo avaliado em relação aos serviços cadastrados foi 18%, referente à Central de Laboratorial de Doadores de Sangue (CTLD). Na região Centro-Oeste, 19 serviços foram avaliados, correspondendo a 11% em relação ao Hemocad, sendo esta a menor representação por macrorregiões encontradas neste estudo.

Da mesma forma, por tipo de financiamento, os serviços de natureza privada conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) representaram 25% dos cadastrados no Hemocad, sendo essa a menor representação da categoria.

A *tabela 1* apresenta o quantitativo dos serviços disponíveis para análise, para cada um desses dois anos (2011 e 2012), e os que foram avaliados nos dois anos consecutivos. A *tabela 2* apresenta a distribuição do risco potencial nos 560 serviços de hemoterapia avaliados, consecutivamente, nos anos de 2011 e 2012, por tipologia de serviços, por macrorregiões geográficas do Brasil e por natureza de financiamento.

Tabela 1. Distribuição (nº e %) de serviços de hemoterapia avaliados nos anos de 2011 e 2012, em comparação àqueles avaliados nos dois anos consecutivos, por tipologia de serviço, por macrorregiões brasileiras e por tipo de financiamento. Brasil, 2011 e 2012

Serviços de Hemoterapia	Hemocad	Avaliados 2001		Avaliados 2012		Avaliados 11/12	
	nº	nº	%	nº	%	nº	%
Total	2014	968	48	1076	53	560	28
Tipologia							
UC	14	12	86	11	79	3	21
AT	1453	689	47	785	54	406	28
UCT	148	62	42	72	49	29	20
CTLD	11	2	18	9	82	2	18
NH	290	125	43	134	46	77	26,5
HR	65	58	89	45	69	30	46
HC	27	20	74	20	74	13	48
NI	6	-	-	-	-	-	-
Macrorregiões							
Centro-Oeste	168	41	24	59	25	19	11
Nordeste	358	217	61	212	59	122	34
Norte	164	48	29	60	37	25	15
Sudeste	897	477	53	586	65	285	32
Sul	427	185	43	159	37	109	25
Financiamento							
Privado	408	215	53	247	60,5	123	30
Privado/SUS**	725	357	49	307	42	179	25
Público (SUS)	881	396	45	522	59	258	29
Classificação Risco							
Baixo	-	187	19	255	24	-	-
Médio-Baixo	-	385	40	467	43	-	-
Médio	-	187	19	182	17	-	-
Médio-Alto	-	114	12	100	9	-	-
Alto	-	95	10	72	7	-	-

Fonte: Elaboração própria.

*UC – Unidade de Coleta; AT – Agência Transfusional; UCT – Unidade de Coleta e Transfusão; CTLD – Central de Triagem Laboratorial de Doadores; NH – Núcleo de Hemoterapia; HR – Hemocentro Regional; HC – Hemocentro Coordenador; NI – Não Informado.

**SUS – Sistema Único de Saúde.

Tabela 2. Distribuição (nº e %) dos 560 serviços de hemoterapia avaliados por classificação de risco potencial, por tipologia de serviços de hemoterapia, por macrorregiões geográficas brasileiras e por natureza do financiamento. Brasil, 2011 e 2012

Risco Potencial nº (%)										
	Baixo		Médio-Baixo		Médio		Médio-Alto		Alto	
	2011 nº (%)	2012 nº (%)	2011 nº (%)	2012 nº (%)	2011 nº (%)	2012 nº (%)	2011 nº (%)	2012 nº (%)	2011 nº (%)	2012 nº (%)
Tipologia* (nº)										
UC (3)	2 (67)	2 (67)	1 (33)	1 (33)	-	-	-	-	-	-
AT (406)	67 (17)	99 (24)	154 (38)	172 (43)	87 (21)	73 (18)	52 (13)	44 (11)	46 (12)	18 (4)
UCT (29)	6 (21)	9 (31)	12 (41)	11 (38)	4 (14)	5 (17)	4 (13)	3 (10)	3 (10)	1 (3)
CTLD (2)	1 (50)	-	1 (50)	2 (100)	-	-	-	-	-	-
NH (77)	23 (30)	30 (39)	28 (49)	32 (41)	6 (8)	9 (12)	6 (8)	4 (5)	4 (5)	2 (3)
HR (30)	4 (13)	9 (30)	16 (54)	14 (47)	7 (23)	7 (23)	2 (7)	-	1 (3)	-
HC (13)	2 (15)	2 (15)	5 (38)	10 (78)	3 (23)	1 (8)	2 (15)	-	1 (8)	-
Macrorregiões(nº)										
Centro-Oeste (19)	6 (32)	5 (25)	6 (32)	8 (42)	3 (16)	4 (22)	1 (5)	2 (10)	3 (16)	-
Nordeste (122)	14 (12)	17 (13)	42 (34)	52 (45)	37 (30)	29 (24)	14 (12)	17 (13)	15 (12)	7 (5)
Norte (25)	-	-	7 (28)	9 (36)	7 (28)	6 (24)	4 (16)	9 (36)	7 (28)	1 (4)
Sudeste (285)	60 (21)	95 (33)	120 (42)	129 (45)	45 (16)	38 (13)	37 (13)	13 (5)	23 (8)	10 (4)
Sul (109)	25 (23)	36 (33)	51 (47)	42 (39)	16 (15)	18 (17)	10 (9)	10 (9)	7 (6)	3 (3)
Financiamento(nº)										
Privado (123)	46 (37)	52 (42)	46 (37)	52 (42)	19 (15)	11 (9)	6 (5)	7 (6)	6 (5)	1 (1)
Privado/SUS** (179)	30 (17)	40 (22)	82 (46)	94 (52)	35 (19)	29 (16)	20 (11)	8 (5)	12 (7)	8 (5)
Público (258)	29 (11)	53 (21)	98 (38)	97 (37)	54 (21)	58 (22)	40 (16)	38 (15)	37 (14)	12 (5)

Fonte: Elaboração própria.

*UC – Unidade de Coleta; AT – Agência Transfusional; UCT – Unidade de Coleta e Transfusão; CTLD – Central de Triagem Laboratorial de Doadores; NH – Núcleo de Hemoterapia; HR – Hemocentro Regional; HC – Hemocentro Coordenador

**SUS – Sistema Único de Saúde.

Em relação à distribuição por tipologia, apesar de, em 2012, apresentarem o maior percentual de serviços com Alto risco (A) e Médio-Alto risco (MA), as Agências Transfusionais (AT) tiveram uma redução de serviços críticos – A (-8%), MA (-2%) e Médio risco (M) (-3%) –, e aumento de serviços com classificação de Médio-Baixo risco (MB) (+5%) e Baixo risco (B) (+7%), ou seja, serviços com mais de 80% na pontuação referente aos itens de controle cumpridos. Observa-se que, de 2011 para 2012, duas

Unidades de Coleta e Transfusão (UCT) saíram do A e uma do MA, porém, quatro UCT se apresentaram em situação insatisfatória no ano de 2012 – três de MA e uma de A. Entre os Núcleos de Hemoterapia (NH) avaliados, dois apresentaram-se, em 2012, com A, significando problemas críticos e menos de 60% na pontuação referente aos requisitos regulatórios cumpridos. Também se observa queda no número de serviços de A e MA, porém, com um aumento de 4% no número de serviços de M, aumentando de seis para nove serviços nesta classificação. Os Hemocentros Coordenadores (HC) e os Hemocentros Regionais (HR) apresentaram eliminação de serviços com A e MA, e as maiores porcentagens de serviços com mais de 80% dos itens de controle cumpridos, sendo os HC com aproximadamente 12 (93%) serviços classificados como B ou MB e os HR em torno de 23 (77%), no ano de 2012. Ressalta-se que os HR apresentaram, também no ano de 2012, sete serviços classificados como M, significando uma pontuação entre 80% e 70%, referente ao cumprimento da legislação.

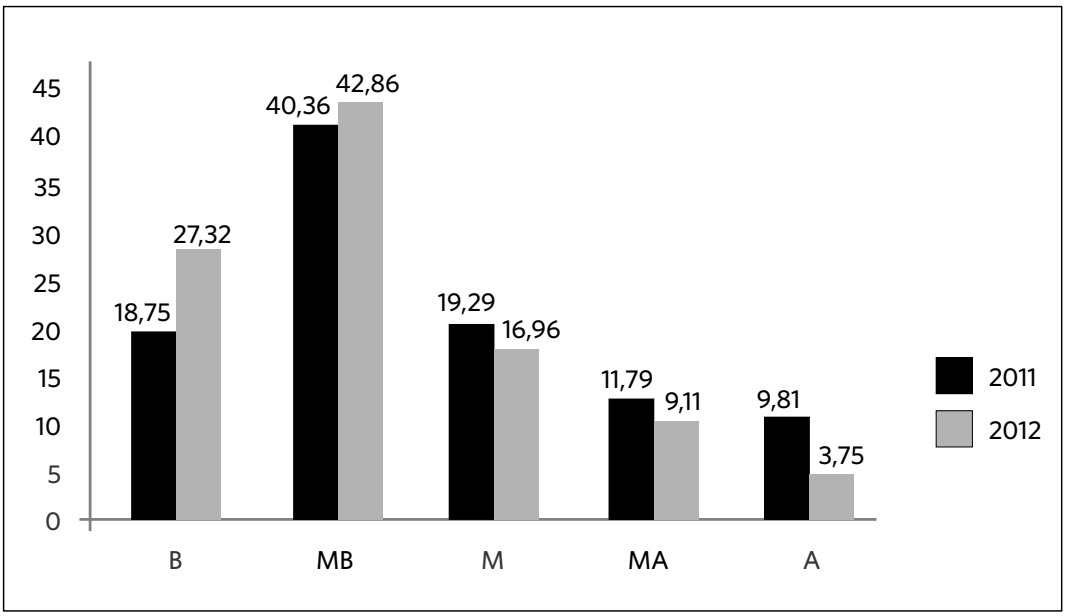
Comparando o risco potencial observado por regiões do Brasil, nota-se que na região Sudeste houve diminuição nas proporções de riscos críticos entre as duas avaliações (-3% M, -8% MA e -4% A) e aumento do número de serviços com MB (+3%) e B (+12%). Na região Norte houve uma diminuição de seis serviços de A, entre 2011 e 2012, e um aumento de cinco serviços de MA, podendo significar um deslocamento de Alto para Médio-Alto. A região Nordeste teve um aumento de três serviços de B e dez de MB, e diminuição de oito serviços de M e oito de A; porém, houve um aumento de três serviços classificados em MA. Os resultados da região Centro-Oeste são bem diferenciados, com nenhum de A, no ano de 2012; porém, com um aumento em um serviço nas classificações MA e M, com diminuição de um serviço de B e elevação de dois serviços de MB. A região Sul, apesar da redução no número de serviços de A, de 7 para 3 e aumento nos de B, de 25 para 36, apresentou um aumento de 2 serviços em M e queda de 8 serviços de MB. Os serviços privados apresentaram, no ano de 2012, 104 (84%) classificados como B e MB, com uma queda de 8 (-6%) serviços com M e 5 (-4%) de serviços com A, no intervalo de 2011 e 2012.

Os serviços de hemoterapia privados/SUS, em 2012, se apresentaram com 74% classificados em B e MB, e com quedas em todas as classificações críticas (MA e A). Os serviços públicos apresentaram, em 2012, 12 serviços em A, com uma redução, em relação a 2011, de 24 (-9%) serviços nesta classificação. Nota-se também que serviços públicos aumentaram em 24 (+10%), que alcançaram a classificação de B.

Um panorama geral da situação sanitária dos 560 serviços de hemoterapia avaliados mostra que aproximadamente 59% desses estavam classificados em B e MB, em 2011, e, no ano seguinte, cerca de 70% se situavam nessas classificações. No caso das classificações mais críticas, MA e A, esse quadro se inverteu, com aproximadamente 22% dos serviços classificados nesse extrato, em 2011, sendo reduzido, em 2012, para 13%. Houve um acréscimo de quase 9%, de 2011 a 2012, no número de serviços classificados como B, e uma queda de aproximadamente 6% em serviços de A. No ano de 2012, nota-se ainda um percentual de cerca 13% de SH avaliados, neste estudo, com classificações consideradas críticas (MA e A).

O *gráfico 1* apresenta a classificação geral, segundo risco potencial dos SH avaliados neste estudo. O *gráfico 2*, por sua vez, apresenta o deslocamento do percentual de serviços avaliados nos dois anos consecutivos, de acordo com a dispersão das cinco possibilidades de classificações de risco definidas pelo MARPSH. Percebe-se um nítido deslocamento do conjunto de SH para os vértices de MB e B, e um leve afastamento da área de A e MA.

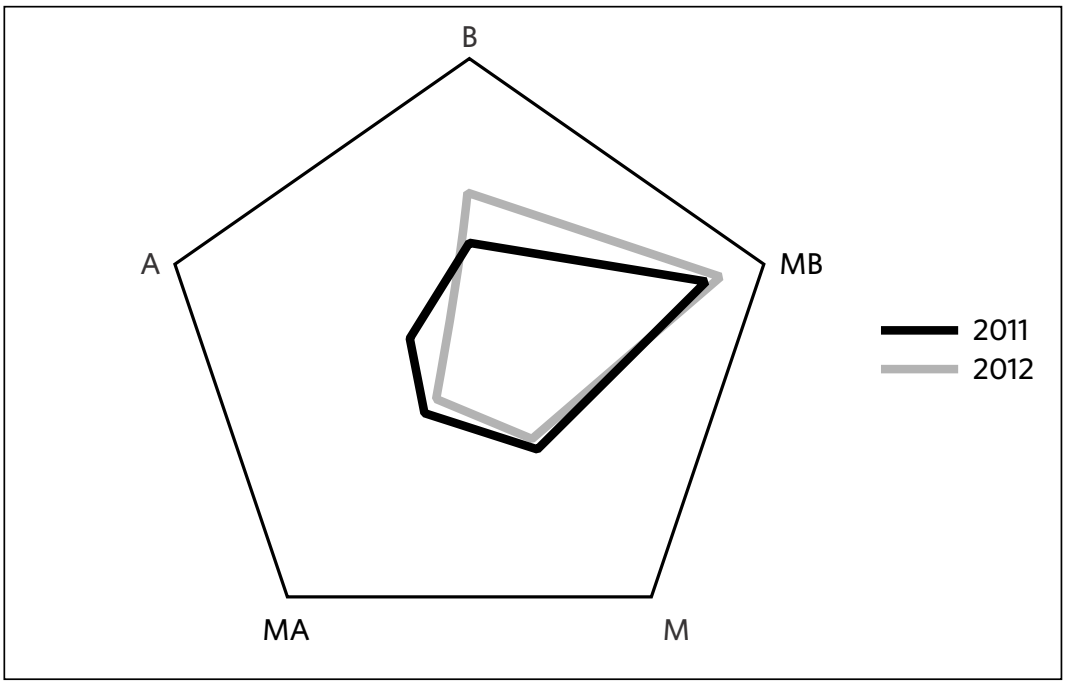
Gráfico 1. Distribuição do risco potencial em 560 serviços de hemoterapia. Brasil, 2011 e 2012



Fonte: Elaboração própria.

Risco potencial: B – Baixo; MB – Médio-Baixo; M – Médio; MA – Médio-Alto; A – Alto.

Gráfico 2. Distribuição e dispersão do risco potencial (%) em 560 serviços de hemoterapia. Brasil, 2011 e 2012



Fonte: Elaboração própria.

Risco potencial: B – Baixo; MB – Médio-Baixo; M – Médio; MA – Médio-Alto; A – Alto.

No *quadro 1* são apresentados os itens de controle com maior frequência de não conformidades detectadas, referentes aos requisitos sanitários. Os itens são apresentados em seu agrupamento categórico, setor do serviço de hemoterapia envolvido, tipo de item avaliativo (estrutura e processo), frequência dos erros encontrados nos dois anos e diferença percentual observada. Dos 64 itens de controle com não conformidades mais frequentes em 2011 e 2012, 19 (29,7%) referem-se a procedimentos de garantia da qualidade, 13 (20,3%) estão relacionados à documentação e sistemas de registros, 10 (15,6%) a materiais e equipamentos, 9 (14%) a recursos humanos, 7 (11%) a procedimentos técnicos e 6 (9,4%) estão relacionados à estrutura física. De acordo com os setores dos SH, nota-se que 32 (50%) referem-se a não conformidades de âmbito geral, considerados itens de controle transversais, com requisitos que abrangem todos os setores, como, por exemplo, responsabilidade técnica, saúde do trabalhador, estrutura física, biossegurança, manejo de resíduos, gestão de equipamentos, gestão da qualidade e gestão de documentação. Outro setor com frequentes não conformidades é o da transfusão, com 17 (27%) não conformidades apontadas, destacando, nesta área, os procedimentos dos testes pré-transfusionais. O setor de processamento, armazenamento e distribuição de hemocomponentes foi responsável por sete (11%) das não conformidades detectadas; o ciclo do doador, que compreende captação e registro de doadores, triagem clínica, coleta de sangue e cuidados com o doador, apresentou seis (9%) não conformidades; e, por fim, dois (3%) dos problemas mais frequentes encontrados nos laboratórios de triagem de doadores, concentrando maiores falhas na área de testes imuno-hematológicos. Do total de não conformidades, 59,4% (38) descrevem itens avaliativos relacionados à dimensão da estrutura e 40,6% (26) correspondem a itens da dimensão de avaliação de processos. Dos itens que apresentaram maiores diferenciações de um ano para outro, destacam-se 15% de redução nas não conformidades relacionadas a programas de capacitação de recursos humanos, 12% de queda relacionada aos problemas em registros dos receptores de sangue e falta de procedimentos operacionais para o setor de transfusão, 11% de redução nas não conformidades relacionadas à definição de planos de contingência para casos de corte de energia elétrica e mais de 10% de redução de não conformidades referentes à requisição médica de transfusão, à manutenção e qualificação de equipamentos, à atribuição e definição de responsabilidades setoriais, entre outros. Apenas o item referente à investigação de soroconversão obteve um aumento de não conformidades, entre 2011 e 2012.

Quadro 1. Distribuição percentual dos itens de controle relacionados às não conformidades detectadas nas inspeções sanitárias em serviços de hemoterapia. Brasil, 2011 e 2012

Categoria (nº de itens)	Setor	Item de controle - Avaliação de estrutura	% NC SH* (2011)	% NC SH* (2011)	Dif %**
Estrutura Física (6)	Geral	Planta arquitetônica e edificação correspondente	44	39	-5
	Geral	Proteção contra entrada de insetos e roedores	22	17	-5
	Geral	Bom estado de conservação e higienização	20	13	-7
	Geral	Revestimento de pisos, paredes e tetos	13	11	-2
	Geral	Setores sinalizados conforme biossegurança	26	20	-6
	Transfusão	Área física de Agência Transfusional (AT)	23	19	-4
Materiais e Equipamentos (10)	Geral	Equipamentos qualificados	44	40	-4
	Geral	Avaliação de equipamentos antes do uso	33	25	-8
	Geral	Plano de contingência para cortes de energia elétrica	50	39	-11
	Geral	Sistema emergencial de energia elétrica	12	10	-2
	Geral	Calibração ou aferição de equipamentos	43	39	-4
	Geral	Manutenção preventiva dos equipamentos	36	29	-7
	Laboratório	Pipetas e termômetros no laboratório de imuno-hematologia do doador calibrados	30	22	-8
	Processamento de sangue	Equipamentos do laboratório de controle de qualidade de hemocomponentes com manutenção	25	23	-2
	Processamento de sangue	Equipamentos com manutenção/calibração	20	10	-10
	Transfusão	Refrigeradores e congeladores para conservação de hemocomponentes em AT	21	14	-7
Recursos Humanos (9)	Geral	Programa de capacitação de recursos humanos	52	37	-15
	Geral	Treinamento de pessoal em biossegurança e manejo de resíduos	42	35	-7
	Geral	Programa de controle médico de saúde ocupacional	33	27	-6
	Geral	Médico responsável técnico	10	6	-4
	Geral	Disponibilização e uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e Equipamento de Proteção Coletiva (EPC) adequados	12	6	-6
	Geral	Treinamento de pessoal quando ocorrem mudanças nos procedimentos e processos	35	31	-4
	Geral	Imunização contra hepatite B para os trabalhadores submetidos a risco biológico	16	10	-6
	Doador	Treinamento de pessoal para atendimento ao doador em situações de emergências	36	36	0
	Doador	Assistência de médico durante período de coleta de sangue	16	14	-2

Quadro 1. (cont.)

Documentos e Registros (13)	Geral	Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde	27	25	-2
	Geral	Protocolos de controle das indicações e do descarte de hemocomponentes	35	30	-5
	Geral	Rastreabilidade dos processos e produtos	12	7	-5
	Geral	Plano de contingência para casos de falhas do sistema informatizado	19	16	-3
	Doador	Procedimentos padronizados para cadastro de doadores	22	17	-5
	Processamento de sangue	Procedimentos padronizados para controle de qualidade de hemocomponentes	23	17	-6
	Processamento de sangue	Documento formalizado para distribuição de hemocomponentes (contratualização)	33	29	-4
	Processamento de sangue	Procedimentos padronizados para reintegração de hemocomponentes	28	22	-6
	Transfusão	Protocolo para liberação de sangue incompatível	38	27	-11
	Transfusão	Requisição de transfusão	36	26	-10
	Transfusão	Etiqueta de liberação da bolsa de sangue para transfusão com dados completos	20	15	-5
	Transfusão	Ficha do receptor com dados completos	24	12	-12
	Transfusão	Procedimentos padronizados em AT	39	27	-12
Procedimentos Técnicos (7)	Doador	Atendimento de reações adversas ao doador	26	24	-2
	Processamento de sangue	Congelamento de plasma fresco congelado	12	8	-4
	Transfusão	Comitê transfusional funcionando	39	32	-7
	Transfusão	Detecção, tratamento e prevenção de reações transfusionais	28	23	-5
	Transfusão	Identificação completa do tubo de amostra de sangue do receptor (testes pré-transfusionais)	20	15	-5
	Transfusão	Resolução de discrepância nos testes laboratoriais imuno-hematológicos do receptor (pré-transfusional)	18	13	-5
	Transfusão	Liberação de hemácias em situações de urgência/emergência	22	16	-6
Qualidade (19)	Geral	Validação de processos críticos	48	45	-3
	Geral	Devolução de produtos não conformes	43	28	-5
	Geral	Organograma com responsabilidades definidas	46	34	-12
	Geral	Mecanismos para a avaliação de reclamações de clientes	26	22	-4
	Geral	Tratamento de não conformidades	43	37	-6
	Geral	Avaliação sistemática, quando da alteração dos processos	36	32	-4
	Geral	Qualificação dos fornecedores de materiais e equipamentos	36	30	-6

Quadro 1. (cont.)

Qualidade (19)	Geral	Investigação de retrovigilância	15	16	+1
	Geral	Avaliação de insumos no recebimento, no serviço de hemoterapia	15	10	-5
	Geral	Procedimentos padronizados para medidas de biossegurança	23	17	-6
	Doador	Procedimentos padronizados para triagem hematológica	22	14	-8
	Doador	Procedimentos padronizados para as atividades de coleta de sangue	23	15	-8
	Laboratório	Controle de qualidade interno em imuno-hematologia do doador	19	18	-1
	Processamento de sangue	Validação do processo de transporte de hemocomponentes	58	51	-7
	Transfusão	Controle interno nos testes laboratoriais pré-transfusionais	38	33	-5
	Transfusão	Notificação de eventos adversos à transfusão	47	46	-1
	Transfusão	Controle de qualidade de cada lote/remessa de reagentes em uso nos testes pré-transfusionais	36	30	-6
	Transfusão	Avaliação externa da qualidade em laboratórios pré-transfusionais	36	28	-8
	Transfusão	Controle de qualidade de reagentes pré- transfusionais	31	27	-4

Fonte: Elaboração própria.

*NC SH: Não Conformes em Serviços de Hemoterapia.

**Diferença de porcentagens de não conformidades, entre os anos 2011 e 2012.

Discussão

Os resultados expostos nos *gráficos 1* e *2* mostram que os serviços avaliados nesse intervalo de tempo avançaram na adequação à legislação e, consequentemente, fortaleceram os seus sistemas de controle de riscos. Além disso, constatou-se que a maioria dos serviços brasileiros (70%, em 2012) ficou classificada como B e MB, significando um percentual de mais de 80% na pontuação referente aos requisitos regulatórios cumpridos, de acordo com a classificação definida no MARPSH.

No *gráfico 2*, que desenha o pentágono da distribuição de serviços no espaço de risco avaliado, percebe-se um nítido deslocamento do conjunto de serviços para os vértices de MB e B, e um leve afastamento da área de A e MA. Esta representação gráfica traz a percepção de movimento apropriado para entender o comportamento dos riscos em serviços complexos e a necessidade de monitoramento permanente dos mecanismos de controle. A dinâmica das atividades produtivas e assistenciais desenvolvidas no ciclo do sangue e a natureza dos controles que envolvem pessoas e máquinas explicam a possibilidade de flutuação e variações nos níveis de riscos, exigindo mecanismos de alta vigilância por parte dos próprios serviços, em seus sistemas de garantia de qualidade, nas

avaliações externas – como as da vigilância sanitária –, de acreditadores e de outros avaliadores.

No entanto, apesar dos avanços observados entre os dois anos, um resultado que merece destaque, no estudo, é que, em 2012, 73 (12%) SH avaliados apresentaram situações críticas (MA e A). Situação sanitária desta ordem demanda a atenção dos gestores das políticas públicas nacionais e locais, dos próprios serviços e do SNVS, na perspectiva de reversão deste perfil sanitário. Identifica-se, assim, um grande potencial dos serviços de hemoterapia para a adequação de suas não conformidades, considerando que, em um ano de avaliação da Visa, houve um aumento de cerca de 11% no quantitativo de serviços classificados em situação satisfatória (B e MB). A descrição da situação de risco dos SH, por macrorregiões do País, definida por meio do MARPSH, possibilitou o mapeamento dos riscos no território, apresentando a utilidade do método na visualização do perfil sanitário regionalizado.

Como a unidade de avaliação foi a macrorregião, muitas oscilações observadas puderam ser reflexo de avanços pontuais em determinados serviços e de retrocessos em outros. Esse fato evidencia uma característica do MARPSH, de detectar sinalizadores de controle considerados críticos, que, no cumprimento ou não de determinados itens específicos, podem ocasionar mudanças na classificação geral do serviço. Os resultados agregados sinalizam situações gerais da população estudada, com identificação dos focos de riscos potenciais que podem orientar ações de Visa por macrorregiões ou por unidades federativas, com subsídio de informações para o direcionamento das políticas públicas de sangue com foco regional. No entanto, adquire maior especificidade quando a análise discrimina por unidade de serviço de hemoterapia. O resultado encontrado na região Norte apresenta outra característica importante na análise dos resultados do MARPSH, que é o deslocamento dos serviços nas diversas classificações de risco definidas, mediante o cumprimento, ou não, de itens de controle. Foi observado que seis serviços deixaram a classificação de A, e cinco serviços entraram na classificação MA, o que pode ter sido ocasionado pelo deslocamento de uma classe para a outra, representando melhorias, ainda que insuficientes, nos sistemas de controle. Esta situação indica a necessidade de adequações nos processos e estruturas, e a intensificação dos mecanismos fiscalizatórios, na busca pela saída dessa zona crítica de risco, uma vez que a região Norte demonstrou ter potencial de avanços, pois apresentou dois serviços que conseguiram a classificação de MB.

Outro recorte deste estudo se deu por tipologia de serviços. As AT apresentaram, em 2012, 15 serviços com A e MA, sendo o maior número em relação à tipologia de serviços hemoterápicos. Desta forma, estes resultados são importantes no direcionamento de ações específicas no setor, uma vez que, nesses serviços, acontecem os preparativos para a realização da transfusão, com testes de compatibilidade entre doador e receptor, e dispensação de hemocomponentes para determinado paciente. É nas AT que mais acontecem erros responsáveis por eventos adversos graves à transfusão, incluindo o óbito (VUK *ET AL.*, 2012). Os HC, os HR e os NH apresentaram os melhores resultados, com a maioria dos serviços classificados como B e MB, o que reflete um cenário favorável, uma vez que são serviços estratégicos, por serem referências técnicas em suas regiões, pois desenvolvem, em geral, a maioria das atividades do ciclo do sangue, tornando-se multiplicadores de boas práticas deste ciclo. Nessa perspectiva, chamam a atenção os resultados dos NH, com dois serviços, em 2012, em A, significando problemas críticos, com menos de 60% dos requisitos regulatórios cumpridos, além de quatro serviços em MA. Esta constatação sugere a necessidade de análise individualizada, com identificação dos problemas específicos, por cada

NH, para a proposição de mecanismos de melhorias. Ressalta-se que os HR, apesar de terem avançado em melhorias importantes, eliminando serviços de A e MA risco e concentrando mais de 76% dos serviços em situações satisfatórias, ainda apresenta um quantitativo preocupante de sete (23%) serviços classificados como M risco, significando um alcance em torno de 70% na pontuação relacionada a itens regulatórios cumpridos. Os resultados apresentados na *tabela 2* mostram que os serviços privados apresentaram os melhores resultados no que se refere ao cumprimento da legislação técnica vigente, com os menores percentuais de serviços classificados como de situação crítica, no ano de 2012, comportamento similar exibido pelos serviços privados/SUS.

Os serviços públicos apresentaram, em 2012, dez serviços classificados como A e MA, porém, com uma redução da ordem de 9% de A e uma melhora de 9,5% no aumento de serviços de B, considerando o existente no ano de 2011. Estes dados demonstram o potencial dos serviços públicos para avançar na qualidade em saúde, em que pesem as dificuldades da gestão do setor. Ainda que se reconheça que há limitações neste estudo, parece lícito discutir as disparidades encontradas referentes ao risco sanitário de serviços de hemoterapia por tipo de financiamento. No campo da vigilância sanitária de produtos e processos, não há diferenciação do que deve ser disponibilizado no âmbito público ou privado; o objetivo deve ser único na direção da qualidade, segurança e eficiência dos resultados. Discussão similar ocorreu na I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2001, sobre o tratamento desigual no processo fiscalizatório de Visa entre o setor público e o privado (ANVISA, 2001). A mais rápida resposta dos serviços privados às intervenções de Visa, aliada às dificuldades no emprego dos dispositivos fiscais de intervenções sanitárias, devido às interferências de interesses políticos, podem pontuar sobre este cenário desigual nas ações de Visa e, consequentemente, nos resultados de controle dos serviços públicos e privados. Em ambos os subsistemas inseridos no sistema de saúde brasileiro, foram detectadas dificuldades e fortalezas que precisam ser levadas em conta na análise dos resultados deste estudo. Segundo Victora *et al.* (2011), as complexas dimensões das relações de serviços públicos e privados na saúde brasileira estão ainda por ser adequadamente enfrentadas. No entanto, pode-se inferir, pelos resultados observados, que a rápida resposta do setor privado às exigências regulatórias é facilitada pela incorporação de tecnologias gerenciais, de controle e de segurança. A deficiência na gestão administrativa, bem como o descaso dos profissionais dos serviços de saúde no setor público, é uma das linhas explicativas para a ineficiência da incorporação de mecanismos de controle de riscos no SUS. Note-se que mais de 58% dos serviços públicos foram classificados em situações favoráveis, o que abre a possibilidade de que outros serviços dessa natureza avancem na direção do cumprimento da legislação vigente.

Um dos importantes atributos do MARPSH, explorado neste estudo, é a possibilidade de identificar problemas específicos dos serviços avaliados, conforme mostra o *quadro 1*. Essa abordagem torna-se importante para a Visa, na perspectiva da proposição de medidas de correção dos itens pontuais e por cada parte do processo do ciclo do sangue. Agências reguladoras internacionais na área de sangue (EUROPEAN UNION, 2003) têm identificado os mesmos problemas detectados, com o estabelecimento de estratégias de indução regulatória em SH baseadas em exigências de implantação de gestão da qualidade no ciclo do sangue, incluindo a aplicação de Boas Práticas de Fabricação (BPF). Nos procedimentos transfusionais, encontraram-se importantes e frequentes erros, o que corrobora o descrito na literatura (VUK *ET AL.*, 2012).

Há uma dificuldade de se implantar gestão

de qualidade nos grandes SH que realizam atividades produtivas, mas aumenta ainda mais esta dificuldade quando se trata de um SH inserido na lógica assistencial hospitalar, como é o caso da AT. Segundo Paim *et al.* (2011), apesar da crescente conscientização e dos estudos em mecanismos de garantia da qualidade da atenção à saúde no Brasil, ainda é necessário avançar para assegurar padrões consistentemente elevados. Espera-se que, com o desenvolvimento de instrumentos para a segurança do paciente em ambientes de cuidado à saúde, utilizem-se mais os princípios da gestão da qualidade e do gerenciamento de risco, o que contribuirá para a segurança do ato transfusional.

A complexidade dos problemas que envolvem produtos e processos dos SH e suas relações de âmbito técnico, econômico, social e político dificultam o desenvolvimento de metodologias de avaliação que abarquem todos os aspectos relacionados ao risco. A compreensão desta limitação é importante na análise dos resultados deste estudo, considerando que o MARPSH propõe a sistematização de riscos potenciais relacionados aos aspectos da estrutura e do processo de serviços de hemoterapia como um mecanismo pró-ativo de prevenção a danos. Assim, a classificação atribuída ao serviço avaliado, por este método, mensura a possibilidade de ocorrência de agravos e a fragilidade dos sistemas de controle utilizados, não sendo, portanto, uma estimativa de riscos reais.

Outras limitações merecem ser apontadas para melhor entendimento dos resultados apresentados. Primeiramente, é necessário considerar que a amostra de serviços foi de conveniência, impossibilitando generalização. Além disso, os resultados apresentados são preliminares, referentes aos dois primeiros anos de acompanhamento, pela Visa, de 560 serviços hemoterápicos avaliados, não podendo ser considerados, portanto, como uma análise de tendência. Também se deve considerar a possibilidade de viés de aferição, uma vez que estas avaliações são realizadas por profissionais de variados níveis de formação técnica e experiência profissional, que não foram padronizados para a coleta dessas informações. Outra dificuldade observada foi o manejo de grandes volumes de dados em planilhas do *software* Microsoft Office Excel, dificultando as análises e o cruzamento de dados, comprometendo a robustez das informações.

Conclusão

A conclusão deste estudo é que, apesar dos avanços observados ao longo dos últimos 20 anos na hemoterapia brasileira, ainda persistem riscos potenciais que precisam ser analisados e tratados para a adequação dos serviços. O cenário que se espera é a redução progressiva dos índices de A, MA e M, e a concentração dos serviços de hemoterapia em MB e B. Os marcadores de risco identificados neste estudo podem conduzir à avaliação, ao monitoramento, ao planejamento, à priorização e à pactuação por parte de todos os envolvidos na busca pela segurança transfusional.

Os resultados apresentados ganham maior importância quando são utilizados nas mesas de negociação entre Visa e serviços de hemoterapia, na pactuação dos melhores caminhos para a adequação, além de subsidiarem a atualização dos instrumentos regulatórios e normativos, trazendo à luz das avaliações normativas, marcadores ou indicadores de controle de qualidade cada vez mais eficazes.

O acompanhamento da evolução temporal do risco potencial pode evidenciar avanços ou retrocessos, transformando os resultados do MARPSH em sinalizadores, o que possibilitará ações de prevenção de riscos por meio da antecipação e interrupção de uma tendência. Todos esses desafios exigirão um diálogo permanente entre os serviços de

hemoterapia, a indústria de materiais, equipamentos e insumos de uso, os profissionais de saúde, as associações de pacientes, o SNVS e o Ministério da Saúde.

Conclui-se que o MARPSH é um instrumento útil ao trabalho de inspeção e monitoramento do perfil sanitário de serviços de hemoterapia pela Visa, com variadas possibilidades de análises, desde um recorte geral da situação de risco sanitário no País, por macrorregiões, por estado, por tipologia de serviços, natureza jurídica, até por tipo de não conformidade aos requisitos legais. O instrumento pode ser aprimorado em sua forma de utilização por profissionais qualificados, o que demanda constante atualização, treinamento e padronização de técnicas de coleta de dados.

Outra recomendação, no aprimoramento do método, diz respeito à sua forma de análise, com utilização de sistemas informatizados, o que poderá otimizar as análises e sua utilização em rotinas de avaliação dos serviços hemoterápicos, tanto em nível local como em regional ou nacional, garantindo robustez às análises e informações, em tempo oportuno para a tomada de decisão.

E, por último, mas não menos importante, salienta-se a necessidade de parceria com centros de pesquisas científicas e universidades na investigação de novas tecnologias para o uso racional do sangue, com segurança e qualidade, e com mecanismos regulatórios eficientes, de forma que possibilite à Visa o aprimoramento de sua capacidade avaliativa. ■

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Boletim Anual de Produção Hemoterápica.* 2012. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/8dc8da804d5ad985ad9dedc116238c3b/2+Boletim+de+producao+hemoterapica.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 26 jan. 2016.

_____. *I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária:* Relatório Final. Brasília, DF: Anvisa, 2001.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 27-48, 1997.

ENGLAND. Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency. [Internet]. *Report on the UK Regulation of Blood Safety and Quality 2005-2010.* 2012. Disponível em: <http://www.mhra.gov.uk/Safetyinformation/Reportingsafetyproblems/Blood/index.ht>. Acesso em: 26 jan. 2016.

EPSTEIN, J. S.; HOLMBERG, J. A. Progress in monitoring blood safety. *Transfusion,* Bethesda, n. 50, p. 1408-12, 2010.

EUROPEAN UNION. Directive 2002/98/EC of the European Parliament and of Council setting standards of quality and safety for the collection, testing, processing, storage and distribution of human blood and blood components. [Internet]. *Official Journal of the European Union.* 2003. Disponível em: <https://

www.edqm.eu/sites/default/files/directive_2002_98_ec_quality_and_safety_of_blood_components_january_2003.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2016.

LEITE, H. J. D. *Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde:* Risco e Proteção da Saúde em Serviços de Hemodiálise. 2007, 129 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

LUCCHESE, G. *Globalização e regulação sanitária:* os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 2001. 296 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MURPHY, M. F.; STANWORTH, S. J.; YAZER, M. Transfusion practice and safety: Current status and possibilities for improvement. *Vox Sang,* Oxford, v. 100, p. 46-59, 2011.

NAVARRO, M. V. T.; COSTA, E. A.; DREXLER, G. G. Controle de riscos em radiodiagnóstico: uma abordagem de vigilância sanitária. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3477-86, 2010.

OBSY, M. A. *et al.* Safe handling and administration of blood components: review of practical concepts. *Arch. Pathol. Lab. Med.,* Northfield, v. 131, n. 5, p. 690-4, May 2007.

PAIM, J. *et al*. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet,* Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778-97, 2011.

PHARMACEUTICAL INSPECTION CORPORATION SCHEME. *(PIC/s) GMP Guide for Blood Establishments.* 2007. Disponível em: <http://www.picscheme.org/publication.php?download&file=cGUtMDA1LTMtcG ljcy1nbXAtZ3VpZGUtZm9yLWJsb29kLWVzdGFibGlzaG1lbnRzLnBkZg>. Acesso em: 28 jan. 2016.

RAMOA, A.; MAIA, S.; LOURENÇO, A. A Rational Framework for Production Decision Making in Blood Establishments. *Journal of Integrative Bioinformatics,* Bielefeld, v. 9, n. 3, p. 204, 2012.

SANTOS, L. A. C.; MORAES, C.; COELHO, V. S. P. A hemoterapia no Brasil de 64 a 80. *Physis,* Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 161-182, 1991.

_____. Os anos 80: a politização do sangue. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 107-149, 1992.

SILVA JÚNIOR, J. B.; RATTNER, D. Segurança transfusional: um método de Vigilância Sanitária para a avaliação de riscos potenciais em serviços de hemoterapia. *Vigilância Sanitária em Debate,* Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 43-52, 2014.

VICTORA, C. G.; BARRETO, M. L.; LEAL, M. C. *et al.* Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *The Lancet*, Londres, v. 377, n. 9782, p. 2042-53, 2011.

VUK, T. *et al*. Error management in blood establishments: results of eight years of experience (2003-2010) at the Croatian Institute of Transfusion Medicine. *Blood Transfus*, Milano, n. 10, p. 311-20, 2012.

ZOU, S. *et al*. Prevalence, incidence, and residual risk of human immunodeficiency virus and hepatitis C virus infections among United States blood donors since the introduction of nucleic acid testing. *Transfusion,* Bethesda, n. 50, p. 1495-504, 2010.

HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO Expert Committee on Biological Standardization. WHO guidelines on good Manufacturing Practices for Blood Establishments. *Technical Report Series*, Genebra, n. 961, 2011, p. 146-214.

Recebido para publicação em junho de 2015
Versão final em janeiro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Expansão e diversificação da força de trabalho de nível superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 – 2013

Expansion and diversification of university level workforce in Primary Health Care Units Brazil: 2008 – 2013

Marselle Nobre de Carvalho[1], Ester Massae Okamoto Dalla Costa[2], Marcia Hiromi Sakai[3], Célia Regina Rodrigues Gil[4], Silvana Nair Leite[5]

RESUMO Este artigo objetiva identificar os trabalhadores de nível superior cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) entre 2008 e 2013, visando contribuir com o debate sobre o planejamento da força de trabalho na Atenção Básica em saúde. Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa. Embora médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas componham as ocupações de nível superior tradicionalmente hegemônicas nas UBS, constatou-se a ampliação da participação de outras categorias profissionais, o que se atribui à implantação de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em todo o País.

PALAVRAS-CHAVE Recursos humanos em saúde; Centros de saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *This article aims to identify the university level workforce enrolled in the Primary Health Care Units (UBS) between 2008 and 2013, to contribute to the debate on the primary health care workforce planning. It is a descriptive and retrospective study of quantitative approach. Although physicians, nurses and dentists comprise the traditionally hegemonic university level workforce in UBS, there was observed an increasing participation of other professional categories, which may be due to the implementation of health supporting teams throughout the Country.*

KEYWORDS *Health manpower; Health centers; Primary Health Care.*

[1] Universidade Estadual de Londrina (UEL), Departamento de Saúde Coletiva – Londrina (PR), Brasil.
marsellecarvalho@gmail.com

[2] Universidade Estadual de Londrina (UEL), Departamento de Saúde Coletiva – Londrina (PR), Brasil.
esterdallacosta@gmail.com

[3] Universidade Estadual de Londrina (UEL), Departamento de Saúde Coletiva – Londrina (PR), Brasil.
sakai.marcia@gmail.com

[4] Universidade Estadual de Londrina (UEL), Departamento de Saúde Coletiva – Londrina (PR), Brasil.
reginagil75@gmail.com

[5] Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Ciências Farmacêuticas – Florianópolis (SC), Brasil.
silvana.nair@hotmail.com

 DOI: 10.1590/0103-1104201610912

Introdução

A Atenção Básica (AB) é ordenadora e considerada porta preferencial de acesso da população ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Unidades Básicas de Saúde (UBS); com ou sem saúde da família, são indispensáveis à realização das ações de saúde nos municípios e no Distrito Federal. As UBS devem disponibilizar equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, dentre outros (BRASIL, 2012B; CARVALHO *ET AL.*, 2014).

Segundo Machado, Oliveira e Moyses (2011), o período de 2005 a 2010 foi marcado pela expansão do SUS, o que resultou no aumento da participação dos municípios e na relativa queda da União, no total de empregos públicos em saúde e no aumento do grau de escolaridade dos trabalhadores.

Apesar disso, o Ministério da Saúde reconhece que a formação e a distribuição dos trabalhadores em saúde na rede de serviços tem sido um grande desafio para a consolidação da AB. Afinal, a possibilidade de mudanças e melhorias dos serviços de saúde se dá a partir das relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, tanto entre si como de uns para os outros (RIZZOTO *ET AL.*, 2014).

Embora não haja estatísticas organizadas sobre recursos humanos no mundo, Giovanella *et al.* (2015) informa que existe consenso entre os gestores sobre a oferta insuficiente quantitativa e qualitativamente em diversos países, especialmente na América do Sul, e uma estratégia para superação desse cenário tem sido a cooperação entre os países, sobretudo aqueles que possuem trabalhadores com formação em AB, como é o caso de Cuba. Além da disponibilidade numérica, a disponibilidade para atuar na saúde da família é outro problema relevante para a AB no Brasil (CAVALCANTI; OLIVEIRA NETO; SOUSA, 2015).

Ao longo da última década, na tentativa de modificar o cenário de escassez e distribuição desigual de recursos humanos nos serviços de saúde no Brasil, o governo federal tem implementado estratégias, programas e projetos dirigidos à reestruturação da AB, como, por exemplo, a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (Provab) e, mais recentemente, o Mais Médicos (LOPES, 2013; RIZZOTO *ET AL.*, 2014).

Nesse contexto, este artigo tem como objetivo identificar os trabalhadores de nível superior cadastrados nas UBS entre 2008 e 2013, visando à contribuição para o debate sobre o planejamento e dimensionamento da força de trabalho no SUS.

Método

Abordaram-se, no estudo, as catorze profissões de saúde de interesse para o SUS listadas na Resolução no 287, de 08 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A pesquisa se circunscreveu à UBS, definida como unidade destinada à relação de atendimentos de AB e integral a uma população, de forma programada ou não, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior, com tipologia e equipes de saúde bem definidas (BRASIL, 2012B).

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (CNES), utilizado como fonte dos dados, disponibiliza informações dos postos de trabalho, organizados a partir da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), bem como dos trabalhadores, sendo possível determinar a quantidade de vínculos de trabalho de cada trabalhador. Estão incluídos todos os trabalhadores dos estabelecimentos de saúde, quais sejam, os de nível superior, médio e fundamental relacionados diretamente à assistência, bem como os de áreas administrativas e de gerenciamento do estabelecimento. Essas informações podem ser

analisadas segundo diferentes características dos estabelecimentos de saúde cadastrados (SALA; CARRO; SEIXAS, 2010).

Uma das limitações do uso da base CNES diz respeito à sua abrangência, dado que não há obrigatoriedade de inclusão em seu universo dos serviços de apoio à gestão, redundando na não inclusão de todos os profissionais de nível administrativo, vinculados ou não ao SUS. A outra limitação se refere aos estabelecimentos estritamente privados que ainda não estão totalmente cadastrados na base CNES, em especial os ambulatórios de média complexidade, a despeito de todo o esforço da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e dos gestores para captação dessas informações (BRASIL, 2007).

Os dados foram coletados no mês de outubro de 2014, ratificados em dezembro de 2014 e fevereiro de 2015, no banco de dados on-line disponível no portal do Departamento de Informática do Ministério da Saúde, acessado pelo endereço eletrônico www.datasus.gov.br. Realizou-se sua tabulação com o auxílio do programa Microsoft Office Excel®, de onde se extraíram basicamente frequências e percentuais.

A expansão da AB

A década de 1990 foi marcada pela implantação do SUS e expansão do mercado de trabalho no setor de saúde no Brasil, sobretudo na esfera municipal. Em 1999, os municípios detinham 92% dos estabelecimentos públicos do País, enquanto a União e os estados, apenas 2% e 6%, respectivamente. O emprego público no nível municipal cresceu 700% entre 1992 e 2005 (VARELLA; PIERANTONI, 2008).

Além do processo de descentralização da gestão, o mercado de trabalho em saúde foi positivamente impactado pela reestruturação do modelo de atenção à saúde, com a criação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991, e Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

A AB, entendida no Brasil, por muitos autores e especialmente pelos formuladores de políticas de saúde, como termo correlato à Atenção Primária à Saúde (APS), ganhou centralidade no modelo de atenção, deixando o PSF de ser um programa para se tornar uma estratégia prioritária para a reorganização do SUS. Nesse contexto, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006, por meio da qual, passou a adotar o termo Estratégia de Saúde da Família (ESF), que direciona o cuidado em saúde para o indivíduo e sua família (BRASIL, 2006; GIL, 2006).

Segundo a PNAB, a UBS é o estabelecimento fundamental da AB e pode ter ou não Equipe de Saúde da Família (EqSF). A EqSF é multiprofissional, composta por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012A).

Entre 1981 e 2008, o número de pessoas que procuraram atendimento na AB aumentou cerca de 450%, o que se deve ao crescimento do número de unidades de AB e ao tamanho da força de trabalho do setor da saúde (PAIM *ET AL.*, 2011).

O crescimento da AB continuou entre 2008 e 2013, especialmente pela expansão da ESF e pela implantação do Nasf, conforme mostra a *tabela 1*.

Tabela 1. Evolução da rede assistencial e equipes da Atenção Básica do SUS. Brasil 2008 – 2013

Rede Assistencial	Dez/2008	Dez/2013	Variação (n)	Crescimento (%)
Unidades Básicas de Saúde	30.157	34.009	3.852	13
Equipes de SF implantadas	29.346	34.715	5.369	18
Equipes de Nasf implantadas	-	2.767	2.767	-

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES (BRASIL, 2014).
SF = Saúde da Família; Nasf = Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Em 2015, a ESF atingiu uma cobertura superior a 60% da população, com mais de 40 mil EqSF implantadas, garantindo assistência para aproximadamente 130 milhões de brasileiros (BRASIL, 2014; BRASIL, 2016B).

Com a finalidade de ampliar as ações da AB, o Ministério da Saúde criou os Nasfs, equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam em parceria com os profissionais das EqSF nas modalidades Nasf 1, 2 e 3, conforme expõe o *quadro 1*.

Quadro 1. Modalidades de Nasf de acordo com o número de equipes vinculadas e somatório das cargas horárias.

Modalidades	Nº de equipes vinculadas	Somatório das cargas horárias profissionais
Nasf 1	5 a 9 EqSF ou EqAB para populações específicas (EqCR, EqSFR e EqSFF)	Mínimo 200 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
Nasf 2	3 a 4 EqSF e/ou EqAB para populações específicas (EqCR, EqSFR e EqSFF)	Mínimo 120 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
Nasf 3	1 a 2 EqSF e/ou EqAB para populações específicas (EqCR, EqSFR e EqSFF)	Mínimo 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

Fonte: Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Extraído de http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php. (BRASIL, 2016A).
EqSF = Equipe de Saúde da Família; EqAB = Equipe de Atenção Básica; EqCR = Equipes de Consultório de Rua; EqSFR = Equipe de Saúde da Família Rural; EqSFF = Equipe de Saúde da Família Fluvial.

A composição de cada Nasf é definida pelo gestor municipal segundo critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades locais e das equipes de saúde a serem apoiadas. Podem compor equipes Nasf as seguintes ocupações: assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico acupunturista, ginecologista/obstetra, homeopata, pediatra, psiquiatra, geriatra, internista/clínica médica, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico do trabalho, médico veterinário, arte educador e sanitarista (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012A).

A diversificação da força de trabalho de nível superior

Entre 2008 e 2013, a população do País cresceu a uma taxa de 6% no período, as UBS cadastradas no CNES, de 12% no período, e o número de profissionais de nível superior cadastrados nesses estabelecimentos, de 24% no período, o que significa expansão da capacidade instalada, aumento do número de postos de trabalho e possibilidade de ampliação da força de trabalho de todas as categorias de profissionais de nível superior nesse tipo de estabelecimento de saúde no âmbito do SUS.

As ocupações de nível superior cadastradas nas UBS apresentaram incremento de 31.524 trabalhadores, crescendo em torno de 16% no período estudado. Embora médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas sejam as profissões hegemônicas nesses serviços de saúde, ocupando, respectivamente, 39,7%, 23,9% e 18,4% dos postos de trabalho, mostraram as menores taxas de crescimento no período de 2008 a 2013 (*tabela 2)*.

Tabela 2. Ocupações de nível superior cadastradas nos estabelecimentos do tipo Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde. Brasil 2008 – 2013

Ocupação CBO 2002	Dez/08		Dez/13		Variação (n)	Crescimento (%)
	N	%	N	%		
Equipe SF						
Enfermeiro	44.723	22,3	55.468	23,9	10.745	24
Médico	89.609	44,7	92.290	39,7	2.681	03
Cirurgião-Dentista	39.392	19,6	42.634	18,4	3.242	08
Equipe Nasf						
Assistente Social	5.193	2,6	6.754	2,9	1.561	30
Farmacêutico*	2.771	1,4	4.860	2,1	2.089	75
Fisioterapeuta	5.188	2,6	9.248	4.0	4.060	78
Fonoaudiólogo	2.179	1,1	3.377	1,5	1.198	55
Médico Veterinário	565	0,3	273	0,1	-292	-52
Nutricionista	3.306	1,6	6,055	2,6	2,749	83
Prof. Ed. Física**	98	-	240	0,1	142	145
Psicólogo	6.516	3,2	9.303	4,0	2.787	43
Terapeuta Ocupacional	695	0,3	1.244	0,5	549	79

Tabela 2 (cont.)

Outros						
Biólogo	433	0,2	187	0,1	-246	-57
Biomédico	-	-	259	0,1	259	-
Brasil	**200.668**	**100,0**	**232.192**	**100,0**	**31.524**	**16**

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES (BRASIL, 2014).

*Excluído o farmacêutico-bioquímico.

** Professor de Educação Física Ensino Fundamental, Médio e Superior.

SF = Saúde da Família; Nasf = Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Já as categorias profissionais de menor participação na composição da força de trabalho nas UBS, com percentuais em torno de 0,1 a 3%, cresceram entre 50% a 150%, como é o caso de fonoaudiólogos (55%), farmacêuticos (75%), fisioterapeutas (78%), terapeutas ocupacionais (79%), nutricionistas (83%) e professores/profissionais de educação física (145%). Algumas profissões, no entanto, apresentaram retração, como, por exemplo, a medicina veterinária *(tabela 2)*.

Embora os médicos ainda sejam a categoria hegemônica do setor saúde e tenham apresentado expressivo crescimento no número de postos de trabalho nos anos 1970 e 1980, a composição interna da força de trabalho, nos anos 1990 e 2000, diversificou-se, ficando evidente a inclusão de novas categorias profissionais de nível superior (GIRARDI; CARVALHO, 2002).

O estudo de Nunes *et al.* (2015), realizado em municípios de pequeno porte no estado do Paraná, também identificou a presença marcante de equipes multiprofissionais nas UBS. Além dos profissionais convencionais das EqSF, havia fisioterapeutas, médicos veterinários, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e assistentes sociais, dentre outros. Segundo esses autores:

> Esses profissionais têm potencial para exercer e apoiar ações de promoção, proteção e vigilância à saúde. Assim, a diversidade de categorias profissionais sugere, ainda que incipientemente, a perspectiva de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como o aumento de sua resolutividade. (NUNES *ET AL.*, 2015, P. 38).

Entendendo a PNAB como referência e considerando a equipe convencional da ESF, entre 2008 e 2013, as categorias profissionais que compõem o Nasf apresentaram crescimento superior aos enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas.

Algumas categorias cresceram taxas acima de 90%, como é o caso dos professores/profissionais de educação física, fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas ocupacionais. Fonoaudiólogos e psicólogos cresceram em torno de 50%. No caso dos psicólogos, é possível que o aumento tenha se dado também em razão da criação dos consultórios de rua, cujas ações são desenvolvidas na rua, em instalações específicas, unidades móveis e nas instalações das UBS do território onde estão atuando. Agem sempre articuladamente, desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de AB do território (UBS e Nasf), dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social (BRASIL, 2012).

Conclusão

O termo força de trabalho em saúde, geralmente, é empregado com referência aos profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas, dentre outros – mas há também uma definição ampliada da força de trabalho em saúde que inclui a força de trabalho não profissional, como líderes comunitários, voluntários, pacientes que exercem autocuidado e familiares que prestam cuidados à saúde. Neste estudo, o termo diz respeito aos trabalhadores com formação superior e cadastrados no CNES.

Os resultados mostram que, gradativamente, outras profissões de saúde têm ocupado espaço na AB de saúde, ponto positivo a favor da integralidade do cuidado e da resolutividade desse ponto de atenção. Evidencia-se que o trabalho em saúde tem sido desenvolvido, cada vez mais, por equipes multiprofissionais e multidisciplinares, o que se deve à criação e implementação da ESF e, especialmente, à implantação do Nasf, em 2008.

O objetivo do planejamento da força de trabalho em saúde é encontrar o equilíbrio entre a composição, a distribuição e o número de trabalhadores para que as ações dos serviços resultem em efetiva melhoria dos níveis de saúde das comunidades e populações.

Nesse contexto, se destaca a importância dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, tanto nacional quanto regionais, por oportunizarem a realização de estudos de monitoramento e avaliação do impacto da diversificação da força de trabalho na AB. Cabe destacar que a melhoria dos indicadores de saúde, sobretudo na prevenção de agravos, redução da hospitalização e melhoria da qualidade de vida requerem, sobretudo, ações produzidas pela força de trabalho em saúde. ■

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Departamento de Informática do Ministério da Saúde*. 2014. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2014.

_____. Ministério de Saúde. *Indicadores de gestão do trabalho em saúde:* material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3062.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde*. 2016a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php>. Acesso em: 18 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde*. 2016b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 16 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 24 jan. 2008. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>. Acesso em: 10 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União,* Brasília, DF, 28 dez. 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 15 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da família no Brasil:* uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo37.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2014.

CARVALHO, B. G. *et al*. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerenciais utilizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. 5, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-907.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2014.

CAVALCANTI, P. C. S.; OLIVEIRANETO, A.V.; SOUSA, M. F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 323-336, abr./jun. 2015.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-81, jun. 2006.

GIOVANELLA, L. *et al*. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafios. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 300-322, abr./jun. 2015.

GIRARDI, S. N. O perfil do "emprego" em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, dez. 1986.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. *Formação,* Brasília, DF, v. 2, n. 6 p. 15-36, 2002.

LOPES, L. R. S. *Demografia médica:* provimento e fixação de médicos em áreas de maior vulnerabilidade. 2013. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Altos Estudos de Política e Estratégia) – Escola Superior de Guerra, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.esg.br/images/Monografias/2013/LOPES.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2014.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.; POZ, M. R. D.; FRANÇA, T. (Org.). *O Trabalho em Saúde:* abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2011 p. 103-116. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/Tendencias%2520de%2520Mercado%2520de%2520Trabalho.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2014.

NUNES, E. F. P. A. *et al*. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. *Saúde em Debate,* v. 39, n. 104. Rio de janeiro, jan./mar. 2015.

PAIM, J. *et al*. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet,* Londres. v. 377, maio 2011. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/The%20Brazilian_Celia%20Almeida_2011.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2013.

RIZZOTO, M. L. F. *et al*. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 38, número especial, p. 237-251, out. 2014.

SALA, A.; CARRO, A. R. L.; SEIXAS, P. H. A. Comparação entre as bases de dados relativas à força de trabalho em saúde no Estado de São Paulo. *Boletim eletrônico do grupo técnico de avaliação e informações de saúde,* Rio de Janeiro, 2010. p. 1-7. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage//gais-informa/gais_jornal_4.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2013.

VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. *Physis: Revista de Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 521-544, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2013.

Recebido para publicação em outubro de 2015
Versão final em abril de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná

Evaluation of the implementation of the Rede Mãe Paranaense in three Health Regions of Paraná

Bruna Regina Bratti Frank[1], Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso[2], Cláudia Silveira Viera[3], Ana Tereza Bittencourt Guimarães[4], Sebastião Caldeira[5]

RESUMO O objetivo deste estudo foi o de avaliar a implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde (RS) do Paraná: 9ª, 10ª e 17ª. A pesquisa avaliou a Rede nos anos anteriores (2010, 2011) e posteriores (2012, 2013) a sua implantação. Optou-se por coleta de dados documental, com formulário validado contemplando cinco domínios, cuja média resultou no Índice Avaliativo (IA), dos quais se considerou adequados valores acima de 70 e inadequados, abaixo desse valor. A 10ª RS apresentou o melhor IA após implantação da rede, seguida da 17ª, e a 9ª não atingiu valores adequados, mostrando necessidade de melhorar a estrutura da rede, principalmente em relação à qualificação dos profissionais quanto aos sistemas de informação.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação de programas e projetos de saúde; Avaliação em saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde materno-infantil.

ABSTRACT *The objective of this study was to evaluate the implementation of Rede Mãe Paranaense (Mother Network of the State of Paraná) in three Health Regions (RS) in the State of Paraná: the 9th, 10th and 17th ones. The research assessed their implementation also before (2010, 2011) as after (2012, 2013) it carrying out. We opted for documental data collection that applied a validated form encompassing five domains and whose average resulted in the Evaluative Index (IA). From this IA, values above the score 70 were considered adequate, while those below were considered inadequate. The 10th RS presented the best IA after the Rede deployment, followed by the 17th, while the 9th RS did not reach adequate values, showing the need to improve the Rede structure, mainly concerning to the professional's qualification with regard to information systems.*

KEYWORDS *Program evaluation; Health evaluation; Primary Health Care; Maternal and child health.*

[1] Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Marechal Cândido Rondon, Paraná (PR), Brasil. *brunabratti@gmail.com*

[2] Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Programa de Pós-Graduação de Biociências e Saúde – Cascavel, Paraná (PR), Brasil. *beatriz.oliveira@unioeste.br*

[3] Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Programa de Pós-Graduação de Biociências e Saúde – Cascavel, Paraná (PR), Brasil. *clausviera@hotmail.com*

[4] Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Cascavel, Paraná (PR), Brasil. *anatbguimaraes@gmail.com*

[5] Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel, Paraná (PR), Brasil. *calenf3@gmail.com*

DOI: 10.1590/0103-1104201610913

Introdução

As políticas públicas de saúde voltadas à população materno-infantil têm como prioridade a atenção integral às mulheres na gestação e à criança nos primeiros anos de vida, visando à garantia de assistência à saúde para ambas, além de promover estratégias para prevenção e redução da mortalidade materno-infantil. O acompanhamento em saúde a essa população é essencial para avaliar o impacto de mudanças sociais e econômicas, assim como de eventuais avanços e/ou retrocessos na disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde (SÃO PAULO, 2011; VICTORA *ET AL.*, 2011).

Nesse contexto, em 2012, a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa/PR) implantou o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP), fundamentado no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde (RAS) adotadas no Paraná como modelo de atenção para melhoria do acesso e da qualidade nas ações prestadas à população. Toda estruturação das RAS baseia-se no fortalecimento e organização da Atenção Primária à Saúde (APS) a partir da captação precoce da gestante e seu acompanhamento, e da criança até um ano de vida (MENDES, 2011; PARANÁ, 2012).

O PRMP levou em consideração a evolução dos indicadores de mortalidade materna e infantil no estado do Paraná. A Razão de Mortalidade Materna (RMM), que era de 57,64/100.000 Nascidos Vivos (NV) em 2002, aumentou para 65,11/100.000NV em 2010, e a mortalidade infantil, que era de 16,72/1.000NV em 2002, diminuiu para 12,15/1.000NV em 2010, e mantém-se próxima a esse patamar (PARANÁ, 2012).

Dos óbitos maternos registrados até 2012, 85% foram considerados evitáveis e 71% atribuídos à atenção dispensada à gestante durante o pré-natal, puerpério e assistência hospitalar. Em relação aos óbitos infantis, 60,5% dos óbitos registrados em 2011 foram considerados evitáveis (PARANÁ, 2012).

Diante desses indicadores, a Sesa/PR estabeleceu um conjunto de ações para implantação do PRMP, quais sejam, a captação precoce da gestante, a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal e uma de puerpério, a estratificação de risco de gestantes e crianças, o atendimento ambulatorial especializado e a vinculação das gestantes aos hospitais de referência conforme o risco. Essas ações, incluindo a análise dos indicadores de mortalidade materno-infantil, constituíram-se em pressupostos para a organização e funcionamento do PRMP (PARANÁ, 2012).

Para verificar os efeitos que a implantação de um serviço ou programa está causando na saúde do público a que se dirige, é necessária sua avaliação sistematizada. Sendo assim, este estudo teve como objetivo avaliar o processo de implementação do PRMP em três Regionais de Saúde (RS) do Paraná.

Método

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, longitudinal, de abordagem quantitativa, realizada em três RS do Paraná, sendo a 9ª, de Foz do Iguaçu, a 10ª, de Cascavel e a 17ª RS, de Londrina.

Optou-se por coleta de dados documental referente aos anos anteriores (2010 e 2011) e posteriores (2012 e 2013) à implantação do PRMP, realizada a partir dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), a saber: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Sisprenatal), Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Imunizações (SI-PNI) e dados do Departamento de Informática do SUS (Datasus) relativos a cada município. O fato de esses dados serem secundários pode se constituir em limitação do estudo.

Para a coleta e registro dos dados, utilizou-se um instrumento validado na

pesquisa por meio de Análise Fatorial, contendo questões que contemplam os indicadores de saúde materno-infantis propostos pela Linha Guia do PRMP, aqui chamados de domínios e apresentados no *quadro 1,* a seguir.

Quadro 1. Apresentação dos domínios, variáveis que os compõem e equações para sua obtenção. Cascavel, 2015

Domínio	Variáveis	Equações
1) Consultas e prevenção materna	Número de consultas, exames do 1º trimestre, exames de 2º trimestre, exames de 3º trimestre, teste rápido de sífilis, teste rápido de gravidez e teste rápido de HIV, divididas pelo número de gestantes.	Variação de 0 a 14 Eq. 1) Consultas = (n consultas + exames 1º tri + exames 2º tri + exames 3º tri + sífilis+ gravidez + HIV) / n gestante
2) Gestão	Contratualização e estratificação.	Variação de 0 a 4 Eq. 2) Gestão = Estratificação + Contratualização
3) Seguimento da Criança (Cobertura vacinal)	Hepatite B, Pentavalente, Sabin ou Salk, Bacilus Calmette-Guérin (BCG), Tríplice Viral (VTV), Febre Amarela, Rotavírus e Pneumocóccica 10.	Variação de 0 a 16 Eq. 3) Seguimento = Hepatite B + Pentavalente + Sabin ou Salk + BCG + VTV + Febre Amarela + Rotavírus + Pneumocóccica 10
4) Risco	Tipo de parto e mortalidade materna	Variação de 0 a 4 Eq. 4) Risco = Parto + Escore de mortalidade materna
5) Mortalidade Infantil	Mortalidade neonatal precoce, mortalidade neonatal tardia e mortalidade pós-neonatal.	Variação de 0 a 6 Eq. 5) Mortalidade Infantil = Escore de mortalidade neonatal tardia + Escore de mortalidade neonatal precoce + Escore de mortalidade pós-neonatal

Os cálculos dos domínios resultaram em escores normalizados em escala de zero (0) a 100, após o que se realizou a média de todos os domínios para a definição do Índice Avaliativo (IA), conforme o seguinte algoritmo (equação 6):

$$\text{ÍNDICE AVALIATIVO} = \frac{\text{CONSULTAS E PREVENÇÃO MATERNA + SEGUIMENTO + GESTÃO + MORTALIDADE INFANTIL + RISCO}}{5}$$

Após o cálculo do IA, os resultados foram ranqueados e classificados de acordo com os critérios de adequação do PRMP, definindo-se que valores iguais ou acima de 70 foram considerados adequados para a avaliação, e valores abaixo de 70, inadequados.

Os dados foram avaliados quanto ao padrão de distribuição por meio do teste Shapiro-Wilk, seguido da avaliação de homogeneidade das variâncias pelo teste de Cochran. As variáveis foram avaliadas pelo teste de Anova (Análise de Variância) para medidas repetidas, seguido pelo teste de acompanhamento de Fisher LSD (Least Significant Difference). Utilizou-se o nível de significância de 0,05, sendo tais análises realizadas no programa Statistica 7.0.

A pesquisa desenvolveu-se de acordo com as normas da Resolução 446/2012 do Conselho Nacional de Saúde e o projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos sob parecer nº 544.107/2014.

Resultados

A *tabela 1* apresenta os escores dos cinco domínios de avaliação dos indicadores materno-infantis, bem como o IA do PRMP nas três RS pesquisadas, ao longo do período avaliado.

Tabela 1. Média dos domínios e IA para cada ano de implementação do Programa Rede Mãe Paranaense. Cascavel, PR, 2015

Domínio/RS	2010	2011	2012	2013
Consultas e prevenção materna				
9ª RS	0,0	0,0	0,0	0,0
10ª RS	0,0	0,0	0,0	46,86
17ª RS	0,0	7,48	7,14	49,32
Gestão				
9ª RS	33,33	52,78	55,56	55,56
10ª RS	25,00	100,00	100,00	100,00
17ª RS	47,62	47,62	83,33	83,33
Seguimento da Criança				
9ª RS	67,36	75,69	77,08	84,72
10ª RS	70,75	71,25	70,25	77,75
17ª RS	68,75	82,74	75,89	72,02
Risco				
9ª RS	69,44	66,67	72,22	72,22
10ª RS	84,00	81,00	82,00	71,00
17ª RS	71,43	72,62	75,00	71,43
Mortalidade Infantil				
9ª RS	90,73	75,92	81,46	77,76
10ª RS	89,99	85,98	88,66	88,66
17ª RS	84,91	84,10	85,70	90,46
Índice Avaliativo				
9ª RS	52,17	54,21	57,27	58,05
10ª RS	53,95	67,65	68,18	76,85
17ª RS	54,54	58,91	65,41	73,31

Fonte: Base de dados da pesquisa, 2015.

Em relação ao domínio 'Consultas e Prevenção Materna', observou-se a inexistência de registros, em 2010, nas três RS. Em 2011 e 2012, a 17ª RS apresentou registros insignificantes e, em 2013, aumentou na 10ª para 46,86 e na 17ª RS, para 49,32. Ainda assim, as três RS apresentaram escores considerados inadequados para o domínio em questão após a implantação do PRMP, retratados pela ausência de dados em todo o período.

No domínio 'Gestão', a 9ª RS apresentou elevação a partir de 2011 (52,78) quando comparada a 2010 (33,33). Na 10ª, esse aumento se mostrou expressivo (25,00 em 2010 para 100,00 em 2011). Na 17ª, a elevação ocorreu em 2012, ano de implantação do PRMP. Os resultados das três RS nos anos posteriores à implantação do PRMP permaneceram constantes, sendo que a 10ª RS obteve melhor avaliação para o domínio em questão (100,00 em 2012 e 2013), seguida da 17ª (83,33 em 2012 e 2014). Na 9ª RS, a avaliação demonstrou resultados inadequados após implantação (55,56 em 2012 e 2013).

Para o domínio 'Seguimento da Criança' as médias tanto dos anos pré-implantação quanto dos anos pós-implantação do PRMP obtiveram valores muito próximos para as três RS, sendo que seus resultados foram considerados adequados. Nesse caso, a 9ª RS apresentou o melhor escore em 2013 (84,72).

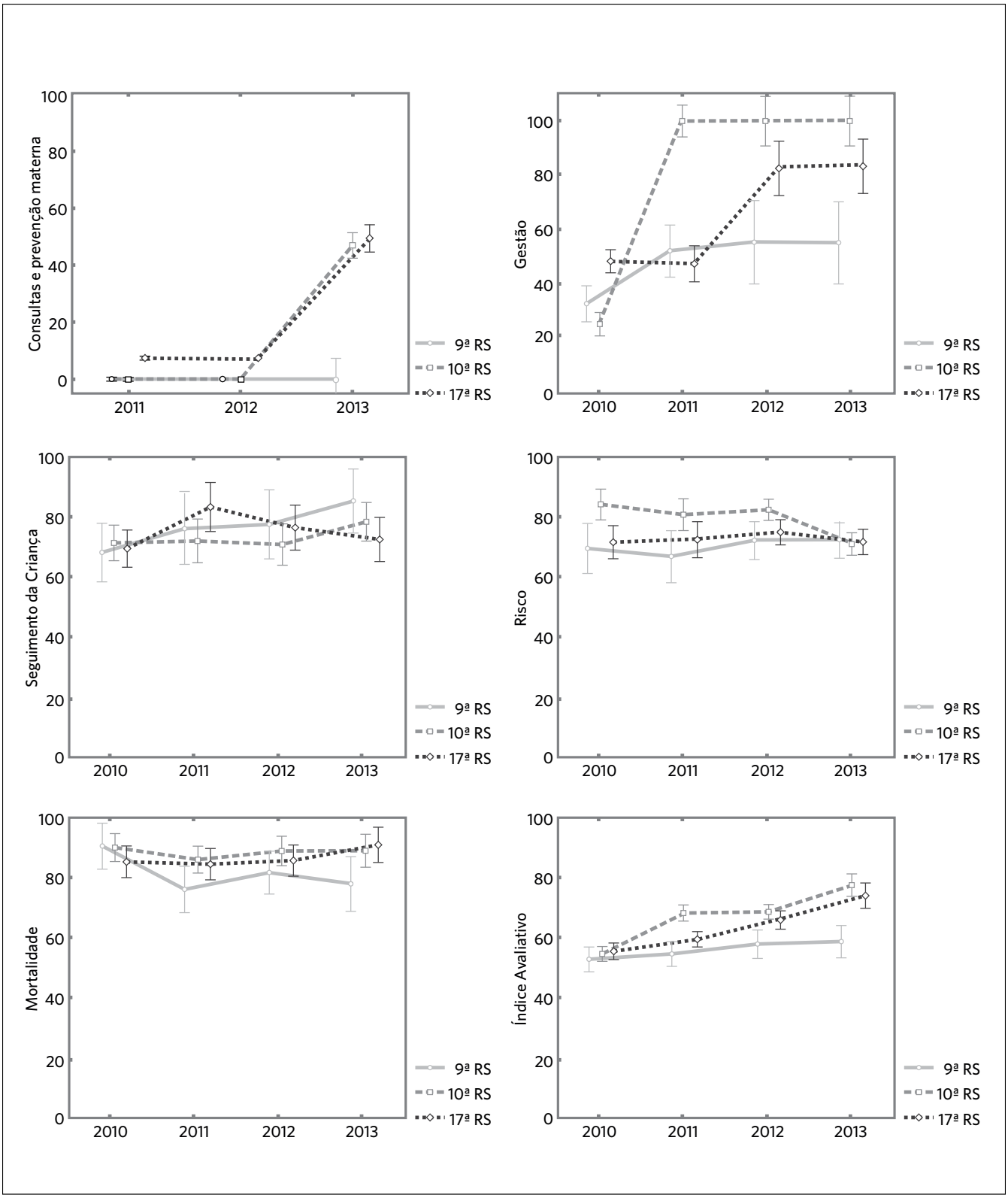
Quanto ao domínio 'Risco', as médias foram adequadas no período pré e pós- implantação do PRMP, com exceção da 9ª RS em 2010 (69,44) e 2011 (66,67). A melhor avaliação foi obtida pela 10ª RS em 2010 (84,00). Na 17ª RS, o maior escore foi registrado em 2012 (75,00), apresentando queda em 2013 (71,43).

O domínio 'Mortalidade Infantil' mostrou médias consideradas adequadas nas três RS. A 9ª e 10ª RS apresentaram valores menores em 2013 (77,76 e 88,66, respectivamente) quando comparados a 2010 (90,73 e 89,99, respectivamente). A 17ª RS, no entanto, apresentou uma evolução gradual de 84,91, em 2010, para 90,46, em 2013.

Por fim, tem-se o resultado do IA, em que, após a implantação, mostrou que a 10ª foi a RS mais bem avaliada, com escore de 76,85 em 2013, seguida da 17ª, com 73,31 no mesmo ano. A avaliação do IA mostrou que os resultados pós implantação do programa, para as três RS, foram superiores aos registrados nos anos anteriores, embora a 9ª RS não tenha atingido valores considerados adequados.

A avaliação longitudinal da implementação do PRMP nas três RS ao longo dos quatro anos avaliados é mais bem visualizada pelas representações gráficas das análises dos cinco domínios e do IA, apresentados na *figura 1*, na qual se observa que os domínios que apresentaram mudanças significativas após a implantação do PRMP foram 'Consultas e Prevenção Materna' e 'Gestão', sendo que os demais apresentaram estagnação durante o processo de implementação. Ainda, expõe-se na *figura 1* o IA após a implantação do PRMP, para todas as RS.

Figura 1. Médias e intervalos de confiança dos domínios do índice avaliativo do Programa Rede Mãe Paranaense nas 9ª, 10ª e 17ª Regionais de Saúde ao longo dos anos de 2010 a 2013



Discussão

O objetivo do acompanhamento do pré-natal é o de assegurar às gestantes o desenvolvimento saudável da gestação, permitindo a detecção e o tratamento oportuno de afecções e de fatores de risco que podem levar a complicações para a saúde materno-infantil tanto no momento do parto como no período puerperal (BRASIL, 2012).

Diante disso, o PRMP preconiza a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal e uma de puerpério e 17 exames laboratoriais ao longo dos três trimestres gestacionais, incluindo o teste rápido de gravidez e a ultrassonografia obstétrica. Ainda, os testes rápidos para detecção do vírus HIV tipo 1 e 2 e sífilis são imprescindíveis no 1º trimestre gestacional. É por esse motivo que a detecção precoce das gestantes e sua vinculação e acompanhamento na APS é uma das principais metas do PRMP (PARANÁ, 2012).

No entanto, os resultados apresentados pelo domínio 'Consultas e Prevenção Materna' contrariam esse objetivo, evidenciando uma considerável falha nos registros de informação do Sisprenatal. Essa falha pode ser identificada principalmente em 2010, em que não há registro de informação nas três RS. Na 9ª RS, tal problema é evidenciado nos quatro anos estudados.

O Sisprenatal é um sistema eletrônico criado pelo Datasus para a coleta de informações sobre o acompanhamento de pré-natal das gestantes no contexto do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) (ANDREUCCI; CECATTI, 2011). O programa disponibiliza instrumentos de coleta, devendo as informações ser digitadas no sistema. Qualquer falha no registro e transcrição dos dados para o sistema pode resultar em informações incompletas ou indisponíveis, comprometendo a avaliação da qualidade da assistência prestada à gestante, fato constatado em estudo realizado para avaliar a qualidade do Sisprenatal, em que as informações registradas manualmente no cartão do pré-natal propiciam melhor notificação que o sistema (ANDREUCCI *ET AL.*, 2011).

Visando à qualidade da assistência materno-infantil, uma das ações do PRMP é a detecção e prevenção de fatores de risco durante a gestação por meio da estratificação de risco da gestante e criança, de acordo com a seguinte classificação: Risco Habitual, Intermediário e Alto Risco, sendo que o risco Intermediário foi uma ação inovada pelo PRMP. Essa estratificação permite o acompanhamento e vinculação das gestantes e crianças aos hospitais e ambulatórios conforme o risco. É válido lembrar que, dentro da rede, a gestante terá seu seguimento nos serviços de APS dos municípios e ambulatórios especializados para atenção à gestante de risco durante o pré-natal, e seu parto será realizado nos hospitais contratados com o PRMP (PARANÁ, 2012).

A relação entre a estratificação de risco e a contratualização dos hospitais com o PRMP, demonstrada pelo domínio 'Gestão', constitui-se em uma importante ferramenta para o fluxo da rede e possibilita a resolutividade das condições de saúde das gestantes e crianças no interior do sistema (MENDES, 2011).

Ainda que sua implantação tenha ocorrido no ano de 2012, em 2011 se iniciaram as etapas preparatórias do PRMP. Até então, gestantes e crianças eram classificadas como Baixo e Alto Risco e encaminhadas aos hospitais de referência existentes nas sedes das RS. Com a implantação do PRMP, adotou-se a estratificação de risco Intermediário e as gestantes e crianças foram vinculadas aos hospitais que possuíssem Termo de Contrato com o PRMP (PARANÁ, 2012), o que explica o aumento expressivo das médias em 2012 quando comparadas a 2010, como no caso das 9ª e 10ª RS.

Os baixos valores demonstrados para a 9ª RS após a implantação podem ser explicados, porque nem todos os municípios realizam referência de gestantes e crianças para as três classificações de risco. Em alguns casos, os riscos Habitual e Intermediário,

por exemplo, são acompanhados no município por hospitais não contratualizados ou pertencentes à outra RS.

Em relação à contratualização dos hospitais nas RS do estudo, tem-se: na 9ª, um hospital de referência para risco Intermediário, sendo que o mesmo é referencia para Alto Risco; na 10ª, um hospital para risco Intermediário e um para Alto Risco; e, na 17ª, quatro hospitais para Intermediário e dois para Alto Risco (PARANÁ, 2012).

Tendo em vista a redução da morbimortalidade materno-infantil, faz-se necessário identificar as situações de risco gestacional o mais precocemente possível. Nesse sentido, o acolhimento às gestantes com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado e densidade tecnológica, ofertados a essa população (BRASIL, 2012).

No que diz respeito ao acompanhamento da criança, o domínio 'Seguimento' demonstra dados referentes à imunização. Formulado em 1973 e institucionalizado em 1975, o PNI foi criado tendo como meta operacional básica o alcance de 100% da cobertura vacinal para menores de um ano (BRASIL, 2003). Entretanto, os resultados apresentados, mesmo com escores considerados adequados, evidenciam uma cobertura abaixo do preconizado nas três RS.

A vacinação infantil contribui para a prevenção de doenças infectocontagiosas, controle de surtos epidêmicos e erradicação de doenças, como é o caso da poliomielite e varíola. Sendo assim, a imunização no primeiro ano de vida constitui-se em um importante indicador no controle da mortalidade infantil (PUGLIESI; TURA; ANDREAZZI, 2010; SOUZA; VIGO; PALMEIRA, 2012).

Contudo, apenas a segurança e eficácia dos imunobiológicos não são suficientes para a garantia de sucesso dos programas de imunização. É preciso que os profissionais os operacionalizem conforme as recomendações exigidas, observando a conservação, manejo, técnica de administração, registro nos SIS, busca ativa de faltosos e suscetíveis e acompanhamento pós-vacinal, e, também, que a população tenha conhecimento de sua importância para redução da morbimortalidade infantil em todo País. Em relação aos profissionais, é necessária a supervisão, monitoramento e avaliação das salas de vacina (VASCONCELOS; ROCHA; AYRES, 2012) na APS para que se possa alcançar a cobertura vacinal ideal, conforme estimado. No caso da população, torna-se imprescindível trabalhar com educação em saúde nas unidades de APS, tendo em vista a ampliação do entendimento dessa prática de saúde e seus benefícios, enfatizando a manutenção do esquema vacinal e estimulando a promoção da saúde (SANTOS *ET AL.*, 2011).

Quanto à assistência em saúde às gestantes, tem-se o domínio 'Risco', que expressa tanto o tipo de parto realizado como a RMM das três RS. Essa relação é diretamente proporcional ao tipo de parto, em que quanto maior a incidência de parto cesáreo, maior o risco de mortalidade materna (MACHADO JUNIOR *ET AL.*, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o total de partos cesáreos realizados em um serviço de saúde varie de 10% a 15%, visto que é a porcentagem que apresenta indicação precisa de cesariana, ou seja, existe uma situação real em que, para a preservação da saúde materno-infantil, indica-se que o parto seja realizado cirurgicamente (OMS, 2015).

Nesse sentido, esta pesquisa demonstrou oscilações nos escores para as três RS, sendo que a 10ª obteve melhores resultados nos anos pré-implantação do PRMP quando comparada aos anos subsequentes. A 17ª apresentou a melhor avaliação em 2012 e a 9ª RS apresentou os melhores resultados em 2013, após a implantação.

Em 2010, 58,52% dos partos realizados no Paraná ocorreram por cesárea; em 2013, a porcentagem foi de 63,55%. Essa estatística é similar aos dados encontrados para a 10ª RS, em que o registro de partos cesáreos subiu

de 57,56% em 2010 para 62,22% em 2013. Na 9ª RS, os partos cesáreos subiram de 54,34% em 2010 para 59,63% em 2013, e na 17ª, em contrapartida, os registros foram de 63,55% em 2010 e de 42,58% em 2013, reduzindo em 20% o número de cesáreas registradas. Visto que o incentivo ao parto natural é uma das metas propostas pelo PRMP e constitui-se em importante indicador para a avaliação da Rede, essa ainda é uma meta a ser atingida (PARANÁ, 2012).

A cesárea, quando realizada sob indicações médicas específicas, é um procedimento indispensável para a saúde materno-infantil (HOLANDA *ET AL.*, 2011), porém sua utilização exige um conhecimento profundo dos riscos e implicações existentes. Assim sendo, torna-se imprescindível a qualificação na atenção à gestante para garantir que a decisão pela via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos de forma claramente informada pelos profissionais de saúde, visando à redução da mortalidade materno-infantil (BRASIL, 2015).

A redução da RMM é uma preocupação mundial e consta como a 5ª meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) das Nações Unidas do ano de 2000, assinado por 191 países que se comprometeram a reduzir em 75% a RMM entre 2000 e 2015. No Brasil, a RMM decresceu de 143/100.000NV em 1990 para 70/100.000NV em 2010, sendo que em 2011 a taxa foi de 64/100.000NV (PNUD, 2012).

Quanto à RMM no Paraná, o índice de óbitos maternos decresceu de 65,11/100.000NV em 2010 para 39,28/100.000NV em 2013 (PARANÁ, 2012). Esse declínio significativo da RMM no Paraná nos últimos anos ficou também evidenciado na 9ª RS, cujo valor de 64,73/100.000NV em 2010 diminuiu para 31,26/100.00NV em 2013; na 17ª, reduziu de 59,97/100.000NV em 2010 para 40,96/100.000NV em 2013. No entanto, na 10ª RS, os dados apresentados são piores do que a estatística do Estado, sendo que a RMM aumentou de 54,13/100.000NV em 2010 para 66,27/100.000NV em 2013, confirmando a diminuição dos escores apresentados no domínio 'Risco'.

Mesmo revelando sinais de progresso, a mortalidade materna, tanto no Brasil como no Paraná, ainda apresenta resultados muito aquém do esperado para atingir a meta do ODM, que consiste em reduzir a RMM em três quartos até 2015. Nesse sentido, ações que contribuam para a redução da RMM são imprescindíveis, tais como a melhoria no acesso e qualidade dos serviços e ações de saúde, contribuindo para a identificação precoce de fatores de risco gestacionais, a continuidade das ações em saúde, uma melhor integração entre os níveis assistenciais e profissionais e, principalmente, o fortalecimento do vínculo das mulheres com os serviços e equipes de saúde (MANDU; ANTIQUEIRA; LANZA, 2009).

No que se refere à saúde das crianças, tem-se o domínio 'Mortalidade Infantil', representado pelos escores de mortalidade neonatal precoce, tardia e pós-neonatal. A pesquisa demonstrou consideráveis oscilações nas médias apresentadas pela 9ª e 10ª RS, sendo que os escores de 2010 foram superiores aos de 2013, pós-implantação do PRMP. A 17ª foi a RS que obteve maior impacto da implantação do PRMP, apresentando um aumento gradual no decorrer dos quatro anos, sendo que em 2013 apresentou o maior escore avaliado.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) no Brasil decresceu de 26,04/1.000NV em 2002 para 17,22/1.000NV em 2010. Em 2011, o Brasil atingiu a meta estabelecida pelo ODM, com um CMI de 15,3/1.000NV, sendo a meta para 2015 de 15,7/1.000NV (PNUD, 2012).

No Paraná, a redução foi lenta e desigual, sendo que em 2010 o coeficiente era de 12,15/1.000NV e decresceu para 10,94/1.000NV em 2013 (PARANÁ, 2012). Em contrapartida, os resultados apresentados pelas 9ª e 10ª RS contrariam os dados nacionais e do Estado, sendo que o CMI na 9ª cresceu de

16,66/1.000NV em 2010 para 22,67/1.000NV em 2013, e o da 10ª, de 11,36/1.000NV em 2010 para 18,02/1.000NV em 2013. A 17ª RS obteve os melhores resultados, apresentando um decréscimo de 11,65/1.000NV em 2010 para 9,58/1.000NV em 2013.

A redução da mortalidade infantil ainda se constitui um desafio para os serviços de saúde (BRASIL, 2009), evidenciado pela estagnação do Paraná nos últimos anos e pelos resultados negativos das 9ª e 10ª RS nos anos avaliados.

As principais causas de mortalidade infantil estão relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde e à qualidade da assistência prestada no pré-natal, no parto e ao recém-nascido. Estatísticas demonstram que as afecções perinatais se mantêm como a primeira grande causa de óbito em menores de um ano no Brasil (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, dentre os óbitos infantis, os óbitos neonatais precoces têm sido recomendados como um dos indicadores mais apropriados à análise da assistência obstétrica e neonatal e de utilização dos serviços de saúde, permitindo maior visibilidade do problema e propiciando a identificação de ações de prevenção de óbitos neonatais precoces evitáveis (BRASIL, 2009).

Sobre esse aspecto, 60,5% dos óbitos infantis registrados em 2011 foram considerados evitáveis, ou seja, diante da garantia de acesso em tempo oportuno aos serviços qualificados de saúde, poderiam ter sido evitados. As intervenções dirigidas à redução da mortalidade infantil dependem de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população e de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2009).

A avaliação do impacto da implantação do PRMP nas três RS em estudo pode ser observada pela apresentação dos resultados do IA. Os domínios que mais influenciaram nesse resultado foram 'Consultas e Prevenção Materna', devido à inexistência de dados que geraram resultados consideravelmente abaixo do preconizado para a avaliação, e 'Gestão', que contribuiu para os resultados positivos após a implantação do PRMP, principalmente para a 10ª RS. Os demais domínios, apesar de terem contribuído positivamente para a avaliação do IA, não demonstraram variações significativas.

Assim, é possível verificar a importância de avaliar o processo de implantação de programas, visto que essa avaliação é fundamental para entender os motivos pelos quais a intervenção está ou não sendo efetivada e o que fazer para melhorá-la. As ações de avaliação são consideradas essenciais para o planejamento e gestão e funcionam como instrumento de suporte para a formulação de políticas, para o processo de tomada de decisão e para a formação dos sujeitos envolvidos. Na gestão em saúde, a avaliação de políticas deve ter como finalidade a melhoria dos serviços e ações, a prestação de contas e a produção de conhecimentos considerados úteis para atingir a qualidade na prática em saúde (CRUZ, 2011), principalmente no que diz respeito à atenção à saúde das mulheres e crianças no âmbito da APS.

Consoante essa concepção e visando ao fortalecimento da APS em todo o estado, a Sesa/PR propôs o Programa de Qualificação da APS (APSUS) com o objetivo de aprimorar o processo de trabalho dos profissionais de saúde por meio de oficinas de educação permanente, as quais propõem, dentre outras metas, a qualificação dos profissionais da APS que atuam no seguimento materno-infantil como forma de promover a melhoria dos indicadores de saúde em todo o estado (PARANÁ, 2012).

Considerações finais

Os domínios 'Gestão' e 'Consultas e Prevenção Materna' apresentaram maior influência da implantação do PRMP, ainda que os escores deste último domínio tenham permanecido abaixo do preconizado. Os demais

domínios mostraram oscilações pouco significativas e os escores após a implantação do PRMP foram considerados adequados nas três RS. A RS que apresentou o melhor IA após a implantação do PRMP foi a 10ª, seguida da 17ª, sendo que os valores apresentados no ano de 2013 atingiram escores considerados adequados. Por outro lado, a 9ª RS, além de apresentar médias que oscilaram pouco ao longo dos quatro anos, não atingiu os resultados esperados pela avaliação.

Com a avaliação realizada, levantaram-se duas importantes considerações quanto à estruturação do PRMP. A primeira é em relação a alimentação e atualização dos SIS, uma vez que se constituem como as principais ferramentas de informação para avaliação da qualidade da assistência prestada à população e fornecem subsídios para implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde. Um dos maiores problemas para a análise de informações em saúde é a confiabilidade dos indicadores gerados, razão pela qual sugere-se maior monitoramento na coleta e processamento dos dados dos sistemas para a correção de falhas e aperfeiçoamento dos dados produzidos.

A segunda, os resultados possibilitaram uma crítica ao cumprimento das ações preconizadas pelo PRMP, uma vez que os dados observados nas 9ª e 10ª RS, no que diz respeito às taxas de mortalidade materna e infantil e à incidência de partos cesáreos, são inferiores às metas propostas. Nesse sentido, é necessário avaliar a qualidade da atenção prestada às gestantes no pré-natal para identificar as situações de risco e vulnerabilidade que exigem maior complexidade de ações e cuidado, desenvolvendo a importância de se evitar óbitos materno-infantis e a realização de partos cesáreos em número elevado.

A pesquisa mostrou que a implantação do PRMP, mesmo com as falhas identificadas, tem apresentado impacto positivo nos indicadores de saúde materno-infantil. Seu processo de implementação é incipiente e ainda há muito a melhorar quanto à forma em que se encontra estruturado e como tem sido implementado, principalmente no que diz respeito à qualificação dos profissionais que permeiam esse processo, para que seja possível promover a atenção à saúde das mulheres e crianças de forma eficiente e resolutiva, permitindo, assim, a redução da mortalidade materna e infantil no Paraná. ■

Referências

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad. Saude Publica,* Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, jun. 2011.

ANDREUCCI, C. B. *et al.* Sisprenatal como instrumento de avaliação de qualidade da assistência à gestante. *Rev Saúde Pública,* São Paulo, v. 45, n. 5, p. 854-63, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). *Diretrizes de Atenção à Gestante:* a operação Cesariana. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de vigilância de óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.* 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programa Nacional de Imunizações – 30 anos.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde,* [Internet], 2011. p. 181-199. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/ccaps/wp-content/uploads/2011/10/Caminhos-para-An%C3%A1lises-de-Pol%C3%ADticas-de-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 11 maio 2015.

HOLANDA, V. R. *et al*. Avaliação da assistência obstétrica no Estado da Paraíba à luz das normas sanitárias. *Saúde debate,* Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p. 624-33, out./dez. 2011.

MACHADO JUNIOR, L. C. *et al*. Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 124-32, jan. 2009.

MANDU, E. N. T.; ANTIQUEIRA, V. M. A.; LANZA, R. A. C. Mortalidade materna: implicações para o Programa Saúde da Família. *Rev Enferm UERJ,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 278-84, abr./jun. 2009.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas*, 2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). *Linha guia rede mãe paranaense.* Paraná, 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio,* 2012.

PUGLIESI, M. V.; TURA, L. F. R., ANDREAZZI, F. S. Mães e vacinação das crianças: estudo de representações sociais em serviço público de saúde. *Rev Bras Saude Mater Infant,* Recife, v. 10, n. 1, jan./mar. 2010.

SANTOS, L. B. *et al*.; Percepção das mães quanto à importância da imunização infantil. *Rev Rene,* Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 621-626, jul./set. 2011.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. *Saúde materno-infantil:* uso de serviços de saúde para morbidade de 15 dias. São Paulo, 2011. (Boletins ISA – Capital 2008, 6).

SOUZA, C. J.; VIGO, Z. L.; PALMEIRA, C. S. Compreensão dos pais acerca da importância da vacinação infantil. *Revista Enfermagem Contemporânea,* Salvador, v. 1, n. 1, p. 44-58, dez. 2012.

VASCONCELOS, K. C. E.; ROCHA, S. A.; AYRES, J. A. Avaliação normativa das salas de vacinas na rede pública de saúde do Município de Marília, estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009. *Rev. Epidemiol. Serv. Saúde,* Brasília, v. 21, n. 1, mar. 2012.

VICTORA, C. G. *et al*. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet,* Londres, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

Recebido para publicação em novembro de 2015
Versão final em abril de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital Universal 14/2013, processo nº 474768/2013-9

A Cooperação Sul-Sul em saúde, segundo organismos internacionais, sob a perspectiva da bioética crítica

South-South cooperation in health, by international organizations, under the perspective of critical bioethics

Samira Santana de Almeida[1], Cláudio Fortes Garcia Lorenzo[2]

RESUMO A Cooperação Sul-Sul em saúde apresenta-se como alternativa ao caráter assistencialista e de transferência de tecnologias que marca o antigo modelo Norte-Sul. As ações dela decorrentes têm uma dimensão ética evidente, já que envolvem alocação de recursos, relações interculturais, compartilhamento de biotecnologias e processos decisórios coletivos. No presente ensaio, é apresentado o modelo de bioética crítica a partir do qual se analisam três importantes documentos internacionais contendo diretrizes para a Cooperação Sul-Sul, com vistas a compreender em que medida favorecem a construção de programas estruturantes e emancipatórios.

PALAVRAS-CHAVE Cooperação internacional; Bioética; Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT *The South-South Cooperation in health is presented as an alternative to the welfare character and transfer of technologies that mark the old North-South model. The resulting actions that come from it have a clear ethical dimension, as they involve resources allocation, intercultural relations, biotechnology sharing and collective decision processes. In this current essay, it is presented the critical bioethics model from which are analyzed three important international documents containing guidelines for the South-South cooperation, in order to understand to which extent they favor the construction of structuring and emancipatory programs.*

KEYWORDS *Internacional cooperation; Bioethics; Public health policies.*

[1] Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Bioética – Brasília (DF), Brasil. *samisantanaa@gmail.com*

[2] Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Bioética e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Brasília (DF), Brasil. *claudiolorenzo.unb@gmail.com*

DOI: 10.1590/0103-1104201610914

Introdução

A cooperação internacional é a reunião de vários estados e outros atores internacionais para coordenar esforços em busca de objetivos supostamente comuns, na forma de alianças temporárias, coalizões mais ou menos duradouras e processos de integração regional (OBSERVATÓRIO BRASIL E O SUL, 2015). Pode ser bilateral, multilateral e triangular, sendo esta última – quando a doação e a recepção se dão entre dois países e um terceiro – a executora das ações (TORRONTEGUY; DALLAR, 2012).

A saúde passou a se tornar um objeto mais frequente de cooperação internacional com a publicação, em 1951, do 'Regulamento Sanitário Internacional', pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que consistia em um conjunto de regras para o controle de doenças infecciosas (ALMEIDA *ET AL.,* 2010). As endemias, em países tropicais, causavam problemas às relações comerciais, devido às quarentenas dos navios nos portos, e começavam a atravessar mais facilmente as fronteiras, dado o rápido crescimento da aviação comercial. Nos anos seguintes, ela se fortalece e os programas se expandem por questões de segurança no período da Guerra Fria (OLIVEIRA; LUZIVOTTO, 2008).

O modelo Norte-Sul de cooperação internacional em saúde tinha caráter explicitamente assistencial e consistia na transferência de conhecimentos e tecnologias dos países avançados àqueles menos desenvolvidos, por meio da qual era reafirmada a condição de subalternidade destes. Entretanto, com o avanço das disparidades entre países ricos e pobres, foi ficando cada vez mais claro que esse modelo não seria capaz de responder às necessidades dos países em desenvolvimento, uma vez que persistia e evoluía ligado, primordialmente, à expansão dos mercados para as indústrias farmacêuticas, de equipamentos e insumos e aos interesses financeiros e políticos dos países centrais.

Com a disseminação mundial de epidemias de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e de outras doenças infectocontagiosas fatais, os sistemas de saúde dos países de baixa renda ficaram sobrecarregados. O acesso aos serviços de saúde foi, aos poucos, sendo privatizado, devido ao efeito devastador da globalização econômica desigual. Hoje, por exemplo, em sete dos 12 países da América do Sul, a participação dos gastos públicos com os gastos totais em saúde não alcança 60% (GIOVANELLA *ET AL.*, 2015). Houve, consequentemente, negligência com as questões epidemiológicas e com as atividades de saúde pública, prevenção e controle de endemias, doenças transmissíveis e epidêmicas (ALMEIDA, 2006).

Em 1978, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabelece a Unidade Especial para a Cooperação Sul-Sul com o propósito de diminuir a dependência dos países em desenvolvimento dos programas de ajuda dos países desenvolvidos (SANTANA; FERREIRA, 2010). Até o momento presente, diversos programas de Cooperação Sul-Sul intra e inter-regionais foram elaborados e postos em execução, envolvendo todas as regiões do planeta (ROA; SANTANA, 2011). Esse novo modelo nasce, portanto, como uma alternativa ao modelo Norte-Sul e anuncia sua identidade e distinção por ser conduzido por princípios de horizontalidade, consenso e equidade (SEGIB, 2008).

Nas últimas três décadas, o Brasil credenciou-se a participar de diversos programas de cooperação internacional Sul-Sul e assumiu um lugar de protagonista enquanto prestador a países menos desenvolvidos. Só entre 2005 e 2009, investiu mais de US$ 1,4 bilhão em cooperação internacional para o desenvolvimento (FEDATTO, 2015). No caso da Iniciativa Global de Erradicação da Pólio, o País teve uma atuação reconhecida com as estratégias adotadas, que tornaram-se referências internacionais (DURANTE; DAL POZ, 2014). A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) tem sido a instituição brasileira de maior destaque (FEDATTO, 2015), com diversos programas dirigidos a países latino-americanos e

africanos de língua portuguesa.

Apesar de ter princípios próprios, a Cooperação Sul-Sul em saúde envolve alocação de recursos, relações interculturais em torno da elaboração e da implementação de políticas públicas, do desenvolvimento e do compartilhamento de biotecnologias e de processos decisórios coletivos para definição de prioridades. Ela traz, portanto, uma incontornável dimensão ética que precisa ser discutida, mas que vem sendo negligenciada pela literatura, mesmo considerando que a produção científica em bioética venha incorporando a análise de conflitos em escala cada vez mais global (CUNHA; LORENZO, 2014).

Os documentos internacionais que portam diretrizes para a Cooperação Sul-Sul em saúde são elementos importantes por estabelecerem as bases sobre as quais serão elaborados os acordos. É importante analisar em que medida essas diretrizes apontam para a construção de programas estruturantes e emancipatórios ou tendem a reproduzir os modelos Norte-Sul, onde os interesses transnacionais dos governos e as metas das instituições públicas ou privadas dos países em melhores condições estarão acima das demandas dos países mais pobres.

A América Latina (e, muito especialmente, o Brasil) tem se destacado pela construção de modelos teóricos em bioética que se opõem aos modelos hegemônicos, que excluem de seu campo os problemas sanitários e a vulnerabilidade social em saúde enquanto objeto de análise. Eles tentam demonstrar as dificuldades de avanços éticos nas relações internacionais, dada a manutenção das condições estruturais que perpetuam as disparidades globais (CUNHA; LORENZO, 2014). A bioética crítica é um desses modelos (LORENZO, 2012).

O objetivo do presente artigo foi produzir uma análise crítica de três documentos normativos considerados fundamentais para a orientação das ações de Cooperação Sul-Sul, tendo como referencial os componentes analíticos da bioética crítica.

Bioética crítica: fundamentos e categorias analíticas para pensar a cooperação internacional em saúde

A cooperação internacional em saúde implica, necessariamente, cálculos de situação de saúde e planejamento de ações que influenciarão diretamente nas formas cotidianas das vidas das populações envolvidas. Pode-se dizer, portanto, tratar-se de uma biopolítica, tal como descrita por Foucault (1994), na medida em que constitui uma regulamentação para efetivar e administrar os dispositivos de exercício do poder sobre a vida de populações. Só que, no caso da cooperação internacional, essa biopolítica não está endogenamente restrita a um Estado, mas atravessa fronteiras em direção a nações e povos diversos.

No modelo de Cooperação Norte-Sul em saúde, era evidente a existência de uma biopolítica transnacional que guardava os objetivos de domesticação e docilização de corpos para o crescimento do contingente populacional apto para integrar os processos de produção capitalista e a expansão das relações de mercado, tal como descrito por Foucault (1979). Assim, melhorava-se a salubridade de países considerados epidemiologicamente inóspitos, facilitando a presença dos agentes estrangeiros da cooperação, ao tempo em que se expandia o consumo de bens de saúde produzidos pelas grandes indústrias de medicamentos e insumos.

Existe, hoje, uma clara hegemonia de uma lógica gerencial das políticas públicas baseadas na racionalidade econômica neoliberal, que, sendo incapaz de garantir a governança das nações por meio da legitimidade da soberania estatal, busca essa legitimidade a partir do fortalecimento do mercado (SOUZA; CUNHA, 2013). Junges (2009), indica uma reconfiguração do biopoder, em que o Estado vai cedendo lugar ao mercado, tanto no

exercício de um poder real quanto simbólico, considerando, consequentemente, que a biopolítica já não se encontra, na atual fase do capitalismo, restrita ao Estado.

A inquietação principal, com relação à Cooperação Sul-Sul em saúde, é que ela venha a repetir, na prática, as mesmas diretrizes da Cooperação Norte-Sul, em que as relações de dominação apenas se alternarão dos países ricos do Norte com relação aos países pobres do Sul para os dos países emergentes do Sul com relação aos países pobres do Sul.

Uma abordagem bioética desse problema precisa ser feita a partir de modelos teóricos que não estejam baseados na cisão entre ética e política, nem privilegie apenas as dimensões biomédicas dos conflitos, como é típico dos modelos hegemônicos de bioética produzidos nos países do Norte (GARRAFA, 2012). Necessitamos de um modelo desenvolvido desde o Sul e que contenha categorias analíticas capazes de refletir sobre a moralidade nas relações entre Estados e povos, sobre o papel do mercado na geração dos conflitos éticos em saúde, sobre os desafios para o respeito à diversidade nas práticas de saúde exercidas em contextos de interculturalidade.

A bioética crítica (LORENZO, 2012) vem sendo desenvolvida por um processo de articulação entre elementos da teoria crítica a partir da obra de autores da Escola de Frankfurt, como Horkheimer, Marcuse e Habermas, e dos estudos da colonialidade de autores como Quijano (2005), Mignolo (2008) e Segatto (2010). A bioética crítica compreende a existência de uma falsa neutralidade da ciência e identifica uma ideologia de dominação por trás da própria constituição da racionalidade científica. Daí que, para ela, o atual complexo científico-tecnológico-industrial constitui-se no mais exitoso resultado histórico da fusão entre mercado, Estado e ciência, contribuindo para que as formas atuais de produção e distribuição de ciência e tecnologia representem os elementos centrais para o exercício do poder de um Estado ou de um povo sobre outro.

Para esse modelo teórico de bioética, a história deve ser a via pela qual se busca compreender as atuais estruturas de poder estabelecidas entre as sociedades, os Estados, as empresas e os organismos internacionais, de onde, por sua vez, surgem os conflitos éticos em torno da saúde global. Assim sendo, cada fato social em análise não deve ser tomado como uma realidade estanque, a qual nos cabe apenas compreender, mas como resultado de um processo histórico, que pode e deve ser alterado. Contribuir para a descoberta ou a criação dessas vias de transformação da realidade representa um dos principais objetivos da bioética crítica.

Cunha (2014) trouxe uma importante contribuição à bioética crítica para análises de conflitos éticos em saúde global, ao integrar o pensamento de Cox (1987), autor muito próximo da teoria crítica. Derivando das teorias desse autor sobre a organização do sistema mundo vigente, a bioética crítica compreende a existências de três forças centrais em âmbito global: a primeira força é o domínio das capacidades materiais, representadas pelos recursos financeiros e meios de produção; a segunda força é o domínio das ideias, a partir de sua homogeneização e difusão em meios de comunicação; e, finalmente, a terceira força é a articulação, no interior das instituições, entre capacidades materiais e ideias, com o fim de estabilizar o ordenamento social vigente (COX, 1987). Daí que as relações internacionais estão envoltas em uma 'grande nebulosa', definida como um composto difuso e volátil de grande densidade que dificulta a visão da sociedade sobre como se organizam e se reproduzem os padrões hegemônicos de poder. Fazem parte dessa nebulosa, instituições e organismos internacionais, tais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), o Banco Mundial e a Organização Mundial do Comércio (OMC).

Também vem de Cox (1987) a compreensão assumida pela bioética crítica de que a

globalização exportou os padrões de hierarquia do capitalismo a todos os povos e nações envolvidos, perpetuando relações de poder que se encontram estruturadas em três níveis de inserção social dos indivíduos e das populações: 1. Os integrados, representados por aqueles inseridos na máquina produtiva pública ou privada e tendo uma posição de relativo bem-estar; 2. Os precarizados, que servem à economia global com baixos salários, pouca perspectiva de mudança e que são facilmente substituíveis; e 3. Os excluídos, que são aqueles que não se encaixam no sistema produtivo e são considerados descartáveis pelo mercado financeiro global.

Os estudos da colonialidade cumprem, na fundamentação da bioética crítica, uma expansão da compreensão das relações entre os Estados centrais e periféricos e estruturam sua visão de interculturalidade, raça, racismo e etnocentrismo, objetos sobre os quais a teoria crítica é omissa. Esses elementos são indispensáveis para pensar as questões das práticas de saúde, assim como de produção e distribuição de tecnologias, envolvendo países do Sul geopolítico.

Assim sendo, a bioética crítica assume a crítica à modernidade inaugurada pelos estudos da colonialidade, quando estes demonstram que todas as formas oficiais de relações de poder e de produção de saber globalmente instituídos, encontram-se orientadas pelo ideal de modernidade europeu, considerado o auge da produção epistemológica e cultural da humanidade e dentro do qual a noção de raça foi constitutiva para a afirmação da superioridade do colonizador e do seu direito de civilizar os demais povos (CASTRO-GOMEZ, 2005). Para a bioética crítica, são claramente coloniais as teorias desenvolvimentistas onde crescimento e bem-estar não conseguem ser compreendidos fora de uma perspectiva econômica globalizada e de uma contínua evolução tecnológica.

A colonialidade cria um controle aberto e tácito em proporções globais, apoiada num quadro de pensamento que legitima a superioridade entre países, sociedades, sujeitos e conhecimentos (BALLESTRIN, 2013). O sistema mundo estaria, portanto, constituído por uma complexa estrutura de poder com vários níveis entrelaçados, entre os quais: o controle da economia; o controle da autoridade; o controle da natureza e dos recursos naturais; o controle do gênero e da sexualidade; e, por fim, o controle da subjetividade e do conhecimento. Não existiria, portanto, modernidade sem colonialidade (RESTREPO; ROJAS, 2010).

Vale observar que o conceito de colonialidade amplia o conceito foucaultiano de 'poder disciplinar', uma vez que já não se detém no interior de um Estado e transcende as fronteiras das potências hegemônicas. Desta forma, cria identidades homogêneas globais que facilitam a elaboração de acordos e leis internacionais favoráveis a elas, na tentativa de assegurar uma perene dependência econômica e um fluxo ininterrupto de matérias-primas dos países periféricos em direção ao centro e de produtos industrializados em sentido contrário (QUIJANO, 2005).

Além da relação entre Estados-Nação, a cooperação internacional em saúde resulta, também, de relações entre povos culturalmente distintos, seja no interior de um mesmo país, seja entre povos distintos de distintos países, o que demonstra a importância das relações interculturais em torno da escolha e da implementação das novas práticas de saúde, bem como para a aplicação de tecnologias advindas da cooperação estabelecida.

Os estudos da colonialidade e, consequentemente, a bioética crítica negam as definições romantizadas e acríticas de interculturalidade, frequentemente utilizadas pelos organismos internacionais, onde parece simples estabelecer uma interação equitativa de diversas culturas e a possibilidade de gerar expressões culturais compartilhadas, adquiridas por meio do diálogo e de uma atitude de respeito mútuo (UNESCO, 2009). Para Segatto (2010), há uma tensão entre

a afirmação das identidades culturais frente ao papel do Estado, que perpetua a dependência por meio de uma colonização tácita normatizadora, que regula as populações. É, portanto, indispensável estar atento às dificuldades práticas do diálogo intercultural determinado pelos poderes historicamente constituídos entre culturas, etnias e raças.

Com base nesse referencial teórico, constituímos quatro categorias para a análise dos três documentos escolhidos: 1. A abordagem relativa ao acesso ao saber científico e à produção científico-tecnológica, buscando investigar em que medida estão alinhados a uma noção dominadora e colonial da relação entre os países ricos e pobres em torno do saber e do poder; 2. Se as razões históricas que produziram as disparidades socioeconômicas entre os países são reconhecidas, e, nesse sentido, como são compreendidos a pobreza e os outros determinantes de saúde; 3. De que forma é tratada a participação na Cooperação Sul-Sul das empresas privadas e dos organismos internacionais não governamentais; 4. Abordagem dada ao contexto de interculturalidade e às relações etnorraciais, em torno da elaboração e da implementação das ações previstas nos acordos de cooperação internacional.

Documentos normativos para a Cooperação Sul-Sul em saúde na perspectiva da bioética crítica

Diversos documentos internacionais foram desenvolvidos com vistas a estabelecer diretrizes e novos paradigmas para a Cooperação Sul-Sul em saúde. A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (Nethis), da Fiocruz, disponibiliza todos os documentos relacionados à Cooperação Sul-Sul produzidos até o momento para todas as regiões do planeta.

Foram selecionados, por conveniência, três deles, representando três níveis distintos de abrangência geopolítica. Um de amplitude global, que marca o reconhecimento das Nações Unidas da importância da Cooperação Sul-Sul, que é a 'Resolução da Conferência de Alto Nível das Nações Unidas sobre Cooperação Sul-Sul' (ONU, 2009); um especialmente formulado para a região das Américas, intitulado 'A saúde e as relações internacionais: seu vínculo com a gestão do desenvolvimento nacional da saúde' (OPAS; OMS, 2008), e, finalmente, o 'Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (Pecs/CPLP) 2009-2012' (CPLP, 2009), dentro do qual o Brasil assume um protagonismo evidente.

Ao analisarmos os documentos, encontramos uma diferença significativa de abordagem entre os dois primeiros documentos elaborados no contexto da ONU, Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o documento da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP).

A Resolução da ONU reconhece, no seu 12º enunciado, a existência de diferenças na concepção da Cooperação Sul-Sul, quando afirma:

> *We recognize that South-South Cooperation takes different and evolving forms, including, inter alia, the sharing of knowledge and experiences, training, technology transfer [...].* (ONU, 2009, P. 2).

Todavia, no 20º enunciado, ao definir um dos seus objetivos, o documento estabelece: *"emphasize the need to promote, 'including through South-South cooperation', access to and the transfer of technology"* (ONU, 2009, P. 4). Ora, a existência da expressão (destacada) 'inclusive por meio da Cooperação Sul-Sul' parece revelar uma aceitação naturalizada de que a transferência de tecnologia e a promoção do acesso ao conhecimento são próprias dos países do Norte, e que aqui estão sendo permitidas 'inclusive' aos países do Sul. Isso, além de demonstrar uma concepção restrita

do que seja tecnologia, revela as marcas de uma compreensão de tendência colonial sobre cooperação internacional.

Outro elemento importante é o destaque dado à função dos fundos específicos dos organismos internacionais como via principal para o financiamento, como demonstra o 10º enunciado:

> *We reaffirm the key role of the United Nations, including its funds, programmes, specialized agencies and regional commissions, in supporting and promoting cooperation among developing countries.* (ONU, 2009, P. 2).

Entre essas agências encontra-se, por exemplo, o Banco Mundial, onde sabidamente a influência de países ricos e pobres nas decisões é bastante assimétrica.

Essa naturalização da posse do saber e da ciência, e com tonalidades claramente coloniais, é reforçada pela absoluta falta de orientação relacionada aos conflitos de interesse que podem envolver empresas e instituições privadas em sua participação nos acordos de cooperação internacional em saúde. A participação do setor privado e de instituições não governamentais é tratada como se movida pelos mesmos interesses e responsabilidades do Estado.

O conteúdo central do documento que demonstra essa perspectiva está resumido no enunciado 19:

> South-South Cooperation embraces a multi-stakeholder approach, including non-governmental organizations, the private sector, civil society, academia and other actors that contribute to meeting development challenges and objectives in line with national development strategies and plans. (ONU, 2009, P. 3).

A colocação de todos os atores citados, incluindo o 'setor privado', como se partilhassem dos mesmos interesses, contribui para a manutenção de uma 'grande nebulosa' que nos impede de enxergar como essas relações de poder interferem na saúde global. A Resolução da ONU parece ignorar, por exemplo, que o grupo das chamadas doenças negligenciadas, para as quais existem poucos estudos e tratamentos disponíveis é fruto da falta de interesse da grande indústria farmacêutica por enfermidades que atingem países em desenvolvimento, bem como da ausência de regulação pelos Estados da produção dessa indústria. No mesmo sentido, parece desconhecer que os altos preços praticados por essas empresas sobre tecnologias indispensáveis, tais como as drogas antirretrovirais constituem uma das razões da inacessibilidade de grandes contingentes populacionais, já que os sistemas públicos de saúde de seus países não conseguem pagá-los.

O documento da Opas segue uma perspectiva semelhante, menos acentuada na divisão de papéis entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, provavelmente por ter entre os 47 países que a compõem apenas 2 considerados desenvolvidos. Ele segue, entretanto, a tendência do modelo Norte-Sul de cooperação ao dar uma ênfase maior aos problemas sanitários envolvidos com doenças infectocontagiosas capazes de atingir outros países e menor nos processos de intercâmbio em ciência e tecnologia de forma estruturante para os países em desenvolvimento.

No enunciado 21, por exemplo, ao apontar os principais objetivos para as políticas e ações que requerem cooperação, ele afirma essa especial importância "[...], sobretudo, diante de problemas da saúde e riscos que ultrapassam fronteiras" (OPAS, 2008, P. 6). O que, obviamente, tem maior potencial de ameaçar interesses comerciais e militares.

A questão do desenvolvimento científico e tecnológico é abordada apenas uma vez no 15º enunciado, de forma ainda atrelada a questões sanitárias das doenças infectocontagiosas, sem deixar claro como promovê-lo e acessá-lo:

> No campo das relações internacionais cresceu a compreensão de que existe um amplo leque de assuntos sanitários e de consequências para a saúde com o desenvolvimento científico e tecnológico acelerado, que transcendem as fronteiras nacionais e que requerem a ação mundial. (OPAS, 2008, P. 4).

Já a questão dos interesses privados é tratada na mesma perspectiva acrítica e sem recomendações específicas para a proteção dos interesses públicos ou conflitos de interesse envolvidos. Vale destacar o 14º enunciado quando afirma:

> Além disso, se observou uma mostra da convergência de interesses comerciais e sanitários em 2002 e 2003 com o surto da Síndrome de Insuficiência Respiratória Severa (SARS). (OPAS, 2008, P. 4).

Ora, uma afirmação desse caráter não é seguida por nenhum comentário sobre se essa convergência foi positiva ou negativa, ou quais foram os principais beneficiários, ou se deve implicar atenção especial na elaboração de acordos, no sentido de proteger o interesse público.

Mantém-se, portanto, a mesma perspectiva acrítica da Resolução da ONU com relação à participação dos setores privados. Em um quadro síntese exibido pelo documento sobre as mudanças ocorridas no cenário da cooperação internacional em saúde (OPAS, 2008, P. 7), é apresentada a "proliferação de atores transnacionais", entre os quais, são citados "o setor corporativo de negócios" e as "empresas com fins lucrativos". Em outro item do mesmo quadro é afirmado o

> Crescente envolvimento do setor privado no desenvolvimento de políticas públicas, particularmente de agentes privados de países desenvolvidos influenciando políticas públicas nos países em desenvolvimento. (OPAS, 2008, P. 7).

Essa realidade é apontada como um fator que torna mais complexos os processos de elaboração de acordos, mas não é explicitamente demonstrada qualquer preocupação sobre em que medida essas relações público-privadas podem funcionar como instrumento de domínio de países sobre outros ou sobre o risco existente em se desenvolver políticas públicas conduzidas por interesses privados. Ou seja, a nova modalidade de biopolítica, conduzida pelo mercado, da qual falava Junges (2009), parece plenamente naturalizada e aceita.

Pode-se compreender que documentos diplomáticos sejam cuidadosos e pouco enfáticos ao comentar modelos políticos ou atuações governamentais de seus Estados membros, mas não se justifica uma postura acrítica relativa aos setores privados da saúde, sobretudo, considerando-se os dados históricos que temos sobre a atuação dos mesmos. Isso pode nos levar a compreender a postura da Opas, como incluída naquela terceira força do sistema mundo à qual se referia Cox (1987), que articula, dentro das instituições, as outras duas forças principais, o domínio das capacidades materiais e o domínio das ideias.

Nem a Resolução da ONU nem o documento da Opas fazem qualquer menção seja ao processo histórico envolvido nas disparidades socioeconômicas dos países, seja a determinantes de saúde. Esses fatores são invariavelmente apresentados como realidades estanques, desprovidas de causas.

Algo que chama especialmente a atenção é o fato de que documentos dirigidos a países constituídos em grande número por significativos contingentes de povos tradicionais sejam completamente omissos com relação aos cuidados necessários no contato com populações culturalmente distintas, tanto em torno da implementação das ações quanto dos conflitos etnorraciais que podem delas derivar. O silêncio em torno da diversidade cultural e de como saberes tradicionais

necessitam ser articulados nas práticas de saúde é típico de uma visão colonial, que desvaloriza as diferenças e os saberes locais e pretende imprimir o modelo do centro na periferia.

O terceiro documento que nos propusemos examinar, o Pecs/CPLP, apresenta algumas posturas significativamente distintas dos dois documentos anteriores.

No tocante à produção científico-tecnológica, surge entre suas diretrizes orientadoras (CPLP, 2009, P. 5) a noção de "complexo produtivo comunitário" como caminho para maior acesso a insumos estratégicos, o que é bem diferente da tendência dos documentos anteriores de manter cooperação triangular com países desenvolvidos para esse fim. No mesmo sentido, o eixo estratégico 2 cita em um de seus objetivos "o estabelecimento de práticas técnico-científicas colectivas, interactivas e interdisciplinares", e o eixo estratégico 3 se refere à ação conjunta de pesquisadores da CPLP "mediante geração e apropriação de conhecimento". Não há dúvida de que são abordagens ancoradas em perspectivas políticas e epistemológicas bastante distintas, onde os sujeitos alvos da cooperação estão bem melhor incluídos.

A parceria público-privada está prevista, mas tem muito menor destaque que nos documentos anteriores. Aqui é afirmada, de maneira muito mais clara, a necessidade de criar estruturas de produção internas e independentes, como observa-se em um dos objetivos do eixo estratégico 4: "reduzir a dependência externa de insumos para a saúde, [...] e ampliar o acesso à assistência farmacêutica" (CPLP, 2009, P. 10), mostrando-se bastante distinta do foco em transferência de tecnologia, presente nos documentos da ONU e da Opas.

O Pecs/CPLP também parece buscar alternativas aos fundos de investimento da ONU para o financiamento de seus projetos de cooperação, tal como indicado em seu item 7.2 sobre financiamento:

> mecanismo financeiro próprio a criar para o efeito, por organizações internacionais e outros parceiros de desenvolvimento, tendo sempre em atenção o princípio da sua harmonização com os Planos Nacionais de Saúde de cada Estado membro. (CPLP, 2009, P. 12).

Da mesma forma que os outros documentos analisados, o Pecs/CPLP não aborda as razões históricas das diferenças entre os países, mas ele é o único que reconhece de forma explícita a necessidade de enfrentar os determinantes sociais de saúde, inclusive em suas diferenças de gênero, e, também, o único a mencionar como prioridade as populações vulneráveis. Entre os objetivos, está definido que:

> o Pecs deverão ter em atenção o facto de que as assimetrias e desigualdades em saúde reflectem e são reflexo das desigualdades e discriminações de base sociocultural e económica entre mulheres e homens. (CPLP, 2009, P. 4),

e as diretrizes orientadoras indicam "priorizar populações de maior vulnerabilidade" (CPLP, 2009, P. 5).

A questão da interculturalidade aparece, não entre objetivos e diretrizes orientadores, mas entre os projetos estruturantes relacionado ao eixo estratégico 7 da proteção e promoção da saúde. Lá encontramos:

> Implantação de um Programa de sensibilização de curandeiros, bruxos e outros 'médicos e parteiras tradicionais' para o reconhecimento e derivação ao sistema de saúde de patologias específicas. (CPLP, 2009, P. 12).

É, portanto, o único que, pelo menos, reconhece a existência de saberes tradicionais e de detentores desses saberes na cultura local, bem como da necessidade de articulá-los com as ações previstas.

Não obstante, a abordagem da interculturalidade no documento permanece insuficiente para orientar cooperações

internacionais entre países nos quais existe um contingente significativo de comunidades tradicionais. Mantém-se ainda claramente a noção colonial de 'superioridade de saberes', uma vez que o documento propõe uma sensibilização 'unidirecional', como se não fosse importante também sensibilizar os profissionais da ciência convencional aos saberes tradicionais e, como se nada houvesse a aprender com eles. Essa postura dificulta, sem dúvidas, uma construção conjunta de estratégias e ações de saúde.

Pode-se também constatar que, da mesma forma que nos demais documentos, as questões propriamente etnorraciais envolvendo as práticas derivadas da cooperação não são abordadas.

Considerações finais

A criação do consenso dentro da ONU de que a saúde constitui um elemento imprescindível ao desenvolvimento ocorreu concomitantemente a uma reconfiguração geopolítica, devido ao fim da guerra fria e ao surgimento dos chamados 'países emergentes', criando uma atmosfera favorável ao desenvolvimento de propostas estruturantes para a Cooperação Sul-Sul em saúde, que pretendem oferecer alternativas ao antigo modelo Norte-Sul e dele distinguem-se por se encontrarem fundadas na noção de soberania compartilhada e nos princípios de horizontalidade, consenso e equidade.

Entretanto, existem desafios ideológicos e práticos para a ONU, relacionados aos diversos contextos de aplicação, que tornam o cumprimento desses princípios muito mais complexo do que pode parecer no primeiro momento. Há sempre uma tendência a fazer com que os Estados se tornem meros instrumentos de adaptação das políticas domésticas ao sistema mundo orquestrado pelos países centrais. E isso pode ocorrer também por meio dos acordos de Cooperação Sul-Sul em saúde.

A análise de documentos contendo diretrizes para esse modelo de cooperação, sobretudo quando formulados no âmbito da ONU e de suas instituições regionais, demonstra que os organismos internacionais têm grande dificuldade em se libertar dos antigos modelos de cooperação. A posse de capacidades materiais e de ideias, incluindo aqui os meios e fins para o desenvolvimento científico e tecnológico por meio das empresas privadas e corporações de comércio internacional, é tomada acriticamente como parceira. Esse processo legitima uma pretensa superioridade dos organismos internacionais e torna difícil compreender a heterogeneidade dos contextos socioeconômicos e culturais, bem como as razões históricas das disparidades de saber e poder existentes, e as responsabilidades que elas implicam.

Por outro lado, formulações, como o Pecs/CPLP, oriundas de associações de países em contextos mais independentes de organismos internacionais, fundos de investimento e empresas privadas, integrantes da 'grande nebulosa' da saúde global, parecem oferecer melhores possibilidades em se constituir enquanto programas estruturantes e emancipatórios.

Chama atenção em todos os documentos a falta de orientações mais adequadas para lidar com o contexto de interculturalidade em torno da implementação das práticas de cooperação.

Evidentemente, essa avaliação dos documentos normativos é insuficiente para analisar como estão sendo verdadeiramente implantadas as ações de Cooperação Sul-Sul em saúde entre os países envolvidos, e, portanto, pesquisas observacionais de campo precisarão ser desenvolvidas para dar, no futuro, uma resposta a tal questão. ■

Referências

ALMEIDA, C. M. Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean: the role of International organizations in formulating agendas and implementing policies. *Well-being and social policy,* Genebra, v. 2, n. 1, p. 123-160, 2006.

ALMEIDA, C. M. *et al.* A concepção brasileira de "cooperação Sul-Sul estruturante" em saúde. *RECIIS,* Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 25-35, mar. 2010.

BALLESTRIN, L. América Latina e o giro decolonial. *Rev. Bras. Ciênc. Polít.,* Brasília, DF, n. 11, p. 89-117, maio/ago. 2013.

CASTRO-GÓMEZ, S. Ciências sociais, violência epistêmica e o problema da "invenção do outro". In: LANDER, E. (Org.). *A colonialidade do saber:* eurocentrismo e ciências sociais, perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: CLASCO, 2005. p. 169-186.

COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA (CPLP). *Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP) 2009-2012.* [Internet], 2009. Disponível em: <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/DOC5_PECS2009-2012_15Maio.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

COX, R. W. *Production, power, and world order:* social forces in the making of history. New York: Columbia University Press, 1987.

CUNHA, T. R. *Bioética crítica, saúde global e a agenda do desenvolvimento.* 2014. 196 f. Tese (Doutorado em Bioética) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014.

CUNHA, T. R.; LORENZO, C. Bioética global na perspectiva da bioética crítica. *Rev. Bioét.,* Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 116-125, jan./abr. 2014.

DURANTE, A. L.; DAL POZ, M. R. Saúde global e responsabilidade sanitária brasileira: o caso da erradicação da poliomielite. *Saúde debate,* Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 129-138, jan./mar. 2014.

FEDATTO, M. S. Os desafios da cooperação internacional em saúde para o governo Dilma Rousseff. *Mundorama* [Internet], mar. 2015. Disponível em: <http://www.mundorama.net/2015/03/26/os-desafios-da-cooperacao-internacional-em-saude-para-o-governo-de-dilma-rousseff-por-maira-s-fedatto/>. Acesso em: 20 jul. 2015.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder.* 26. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. *Des supplices aux cellules:* dits et écrits. Paris: Gallimard, 1994. v. 1.

GARRAFA, V. Ampliação e politização do conceito internacional de bioética. *Rev. Bioét.*, Brasília, DF, v. 20, n. 1, p. 9-20, jan./mar. 2012.

GIOVANELLA, L. *et al.* Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde debate,* Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 300-322, abr./jun. 2015.

JUNGES, J. R. Direito à saúde, biopoder e bioética. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 285-295, abr./jun., 2009.

LORENZO, C. Teoria crítica e bioética: um exercício de fundamentação. In: PORTO, D. *et al. Bioéticas, poderes e injustiças:* 10 anos depois. Brasília, DF: CFM; Cátedra Unesco de Bioética; SBB, 2012. p. 173-189.

MIGNOLO, W. Desobediência Epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política. *Cadernos de Letras da UFF,* Niterói, n. 34, p. 287-324, 2008.

OBSERVATÓRIO BRASIL E O SUL. *Cooperação Internacional para o Desenvolvimento* [Internet]. Disponível em: <http://obs.org.br/cooperacao-internacional-para-o-desenvolvimento>. Acesso em: 15 ago. 2015.

OLIVEIRA, M.; LUZIVOTTO, C. Cooperação Técnica Internacional: aportes teóricos. *Rev. Bras. Polít. Int.*,

Rio de Janeiro, v. 54, n. 2, p. 5-21, jul./dez. 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Nairobi outcome document of the high-level United Nations conference on South-South Cooperation*, Sessão, 64, 2009. Disponível em: <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/GA-resolution-endorsed-Nairobi-Outcome-21-Dec-09.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). *Relatório Mundial da UNESCO:* investir na diversidade cultural e no diálogo intercultural. Paris, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *A saúde e as relações internacionais:* seu vínculo com a gestão do desenvolvimento nacional da saúde. 48º Conselho diretor, Sessão do Comitê Regional, 60, Washington, 29 de set. a 3 de out., 2008. Disponível em: <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/a-sade-e-as-relaes-internacionais-seu-vnculo-com-a-gesto-do-desenvolvimento-nacional-da-sade-documento-e-resoluo.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, E. (Org.). *A colonialidade do saber:* eurocentrismo e ciências sociais. Buenos Aires: CLACSO, 2005.

RESTREPO, E.; ROJAS, A. *Inflexión decolonial:* fuentes, conceptos y cuestionamientos. Universidad del Cauca: Popayán, out. 2010. (Políticas de la alteridad).

ROA, A. C.; SANTANA, J. P. Saúde e integração regional na América Latina. In: ENCONTRO NACIONAL ABRI, 3., 2011, São Paulo. *Anais...* Associação Brasileira de Relações Internacionais. Instituto de Relações Internacionais – Universidade de São Paulo (USP). Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000122011000100002&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 10 maio 2016.

SANTANA, J. P.; FERREIRA, J. R. Relevância da Bioética para a Cooperação Internacional em Saúde. *Bioética,* Brasília, DF, v. 6, fasc. 1-4, p. 7-8, 2010.

SECRETARIA-GERAL IBERO-AMERICANA (SEGIB). *Relatório da cooperação Sul-Sul na Ibero-América,* 2. Madri, 2008. Disponível em: <http://segib.org/documentos/por/sur_sur_web_PT.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2015.

SEGATTO, R. *La cuestión descolonial.* Lima: Universidad Ricardo Palma, 2010.

SOUZA, T.; CUNHA, G. T. A gestão por meio da avaliação individualizante e competitiva como elemento comum nas políticas públicas e gerenciais contemporâneas: uma contribuição crítica a partir de Michel Foucault. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 655-663, 2013.

TORRONTEGUY, M.; DALLARI, S. O Papel das Organizações Não-Governamentais na Cooperação Internacional em Saúde Pública. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 314-322, 2012.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP). *The millennium development goals report*. New York: United Nations, 2013. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/report-2013/mdg-report-2013-english.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2014.

Recebido para publicação em novembro de 2015
Versão final em fevereiro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde

Impact of recent decisions and discussions on the Brazilian Public Health System financing

Fabiola Sulpino Vieira[1]

RESUMO Este artigo tem por objetivo discutir as implicações de decisões e discussões para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito dos Poderes Executivo e Legislativo. Apresentam-se dados sobre os gastos com ações e serviços públicos de saúde no País, comparando-os aos de países com sistema universal de saúde, bem como sobre renúncias fiscais, inclusive de receitas da seguridade social, as quais favorecem o setor privado de assistência à saúde. Abordam-se os temas recentes tratados pelo Congresso Nacional considerados riscos à consolidação do SUS e à efetivação do direito à saúde no País.

PALAVRAS-CHAVE Seguridade social; Direito à saúde; Política social; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This article aims to analyze the impact of decisions and discussions on the Brazilian Public Health System financing. Brazil´s public health spending data are presented and compared to countries providing universal health care, as well as are tax expenditures data, which easy to create an incentive in favor of the private health sector. Recent topics discussed by the National Congress are approached due to risking the Brazilian Public Health System and the consolidation of the right to health in the Country.*

KEYWORDS *Welfare state; Right to health; Public policy; Unified Health System.*

[1] Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) – Brasília (DF), Brasil.
fabiolasulpino@uol.com.br

DOI: 10.1590/0103-1104201610915

Introdução

O estado do bem-estar social europeu, fundamentado nos pilares da solidariedade e da coesão social, fortaleceu-se após a Segunda Guerra Mundial com o objetivo de assegurar alto grau de proteção social aos cidadãos, organizando-se em modelos diferentes em cada país. Bastante questionado nos anos 1970 e 80, passou por reformas nos anos 1990, estando, mais uma vez, sob discussão quanto à sua capacidade de responder aos novos riscos e às novas realidades sociais, bem como em relação à sua sustentabilidade financeira.

No atual contexto de economias globalizadas, novos riscos se apresentam como desafios relevantes (CHIODI, 2015), tais como: as entradas e saídas do mercado de trabalho; a precarização do trabalho dos jovens; a obsolescência ou a falta das competências para o desempenho laboral, assim como as novas realidades sociais como, por exemplo, o envelhecimento da população (com aumento das demandas por serviços de cuidado); a demanda por serviços de qualidade; as mudanças no padrão da família; a incorporação das mulheres no mercado de trabalho; o desemprego estrutural e falta de proteção social para grupos específicos, com pouca história contributiva no mercado de trabalho (jovens, imigrantes e mulheres).

Na Europa, apesar do questionamento neoliberal sobre a ineficiência do gasto social nos anos 2000, reafirma-se o entendimento de que as políticas sociais estão a serviço do crescimento econômico, sendo, assim, instrumentos de integração e de promoção da capacidade dos indivíduos de enfrentar os riscos dos mercados de trabalho inseguros e fator de competitividade das empresas, porque qualificam e atualizam os trabalhadores (CHIODI, 2015).

Segundo Kerstenetzky (2012), os novos tempos na Europa provocaram mudanças qualitativas nas políticas sociais, havendo cortes em programas, sobretudo na seguridade social, com expansão de outros programas, especialmente em serviços. Contudo, o estado do bem-estar social resiste, porque, no processo democrático, os trabalhadores e a classe média não aceitam a diminuição dos serviços sociais e porque, do ponto de vista econômico, há maior produtividade do trabalho em ambientes menos desiguais e mais solidários.

No Brasil, o estado do bem-estar social, de formação tardia em relação aos países europeus, constituiu-se em direção ao universalismo pós-Constituição de 1988. Mas não sem muitos questionamentos. No âmbito da saúde, houve avanços na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), embora ainda haja espaço para importantes melhorias na ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde. Além disso, a atual crise econômica impõe restrições aos orçamentos públicos, colocando em evidência o debate sobre o ajuste fiscal e os gastos sociais no País. Nesse contexto, este artigo tem por objetivo discutir as implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do SUS sob a perspectiva de garantia do direito à saúde definido na Constituição de 1988.

Financiamento do SUS: insuficiência crônica

Na discussão sobre o financiamento do SUS, é importante resgatar questões relativas ao financiamento da seguridade social, a qual, no Brasil, é constituída pelas áreas de assistência social, previdência social e saúde. A Constituição Federal (CF) de 1988 estabeleceu fontes para seu financiamento, cujos recursos compõem um fundo com orçamento específico – Orçamento da Seguridade Social –, dos quais 30%, excluído o seguro-desemprego, deveriam ser destinados ao setor saúde até que a lei de diretrizes orçamentárias fosse aprovada.

Na prática, a alocação desse montante de recursos à saúde nunca ocorreu. Por

essa razão, o SUS vivenciou crises graves para o seu financiamento nos anos 1990, década crucial para organização das ações e serviços de saúde frente à crescente procura por atendimento, fazendo com que o Ministério da Saúde lançasse mão de empréstimos de recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para efetuar o pagamento de serviços prestados por estabelecimentos públicos e privados de saúde. Essa situação serviu de justificativa para a elaboração de vários projetos de Emenda à Constituição (EC) com o objetivo de definir regra de aplicação de recursos da União em saúde, o que culminou com a aprovação da EC nº 29/2000, com definição de regras de aplicação de recursos também por estados, Distrito Federal e municípios (BRASIL, 2013A), e contribuiu para que o Ministério da Saúde desenvolvesse um sistema que possibilitasse o acompanhamento da aplicação desses recursos pelos entes subnacionais, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) (BRASIL, 2013B).

Em estudo que teve por objetivo discutir os resultados da estratégia de vinculação de recursos para a saúde sobre o financiamento do SUS no período de 1995 a 2010, Servo *et al.* (2011) destacam o importante papel da EC nº 29/2000 na garantia de maior estabilidade e crescimento do seu orçamento nas três esferas de governo, especialmente pelo aumento da participação de estados e municípios. Enfatizam que o aporte de recursos para o SUS teria sido maior se os governos estaduais e a União tivessem cumprido todas as determinações de tal Emenda Constitucional.

A questão é que, resolvida a fórmula para calcular os recursos mínimos a serem aplicados em Ações de Serviços Públicos de Saúde (ASPS), o problema passou a ser a própria definição de ASPS, uma vez que muitos entes federados acabavam por computar as despesas com inativos, com obras de infraestrutura próximas aos estabelecimentos de saúde e com saneamento, por exemplo, como despesas em ASPS e, portanto, incluídas para aferição do cumprimento da alocação mínima de recursos. Tal situação motivou uma série de debates nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como a edição da Portaria GM/MS nº 2.047, de 5/11/2002, pelo Ministério da Saúde e da Resolução do CNS nº 322, de 8/5/2003, estabelecendo diretrizes para a aplicação da EC nº 29/2000.

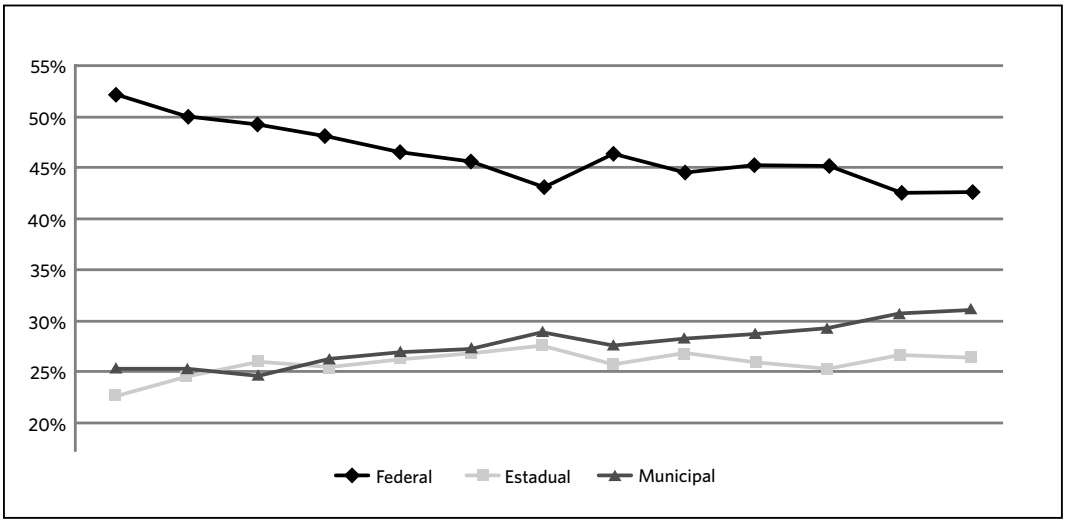
Mais recentemente, após doze anos de discussões sobre o subfinanciamento do SUS e expectativa de que a regulamentação do artigo 198 da CF pudesse definir nova regra de aplicação pela União, além de recursos adicionais, a Lei Complementar – LC nº 141, de 13/01/2012, foi aprovada, avançando na definição das despesas que podem ser consideradas como ASPS, mas sem mexer na forma de aplicação dos recursos ou estabelecer novas fontes de financiamento para o SUS (BRASIL, 2013A).

Diante desse quadro, entidades do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) colheram assinaturas para apresentar ao Congresso Nacional um projeto de lei de iniciativa popular em defesa da alocação em ASPS, pela União, de pelo menos 10% de sua Receita Corrente Bruta (RCB), resultando na assinatura de 1,9 milhões de pessoas e na tramitação na Câmara dos Deputados do Projeto de Lei de Iniciativa Popular – PLP nº 321/2013 (SAÚDE+10, 2013). Em resposta, o governo e a sua base aliada no Congresso desconsideraram a proposição e priorizaram a tramitação de projetos alternativos em que a aplicação da União é definida a partir de percentual escalonado da sua Receita Corrente Líquida (RCL), o que, na prática, resultaria em volume menor de recursos em relação ao que se obteria caso o PLP fosse aprovado. Ao final, a regra de aplicação pela União foi alterada, no bojo da discussão da Proposta de Emenda à Constituição – PEC nº 358/2013, que ficou mais conhecida como orçamento impositivo (obrigação da União de executar recursos de emendas parlamentares), resultando na EC nº 86/2015.

Análises recentes do CNS projetam para o Ministério da Saúde, em 2016, a perda de, no mínimo, nove bilhões de reais em relação à regra anterior definida pela EC nº 29/2000 e LC nº 141/2012, dado que a EC nº 86/2015 prevê, no primeiro ano, a aplicação pela União de 13,2% da RCL e que o quadro atual de recessão econômica é de queda da arrecadação. Ainda segundo o CNS, o orçamento da saúde para 2014 representou 14,38% da RCL do ano, ou seja, é maior do que o previsto (13,2%) para o primeiro ano do escalonamento da EC nº 86/2015 (CNS, 2015).

Entre 2002 e 2014, a alocação de recursos em ASPS pelas três esferas de governo aumentou de 94,6 para 216,6 bilhões de reais, em valores constantes de 2014, o que representa um aumento de 129%. Contudo, a participação da União no financiamento do SUS passou de 52% para 42% no mesmo período, como mostra o *gráfico 1*. Os estados e, especialmente, os municípios esforçaram-se para ampliar o financiamento do sistema. A participação estadual aumentou de 23% para 26% e a municipal de 25% para 31%.

Gráfico 1. Evolução da participação das esferas de governo no financiamento do SUS



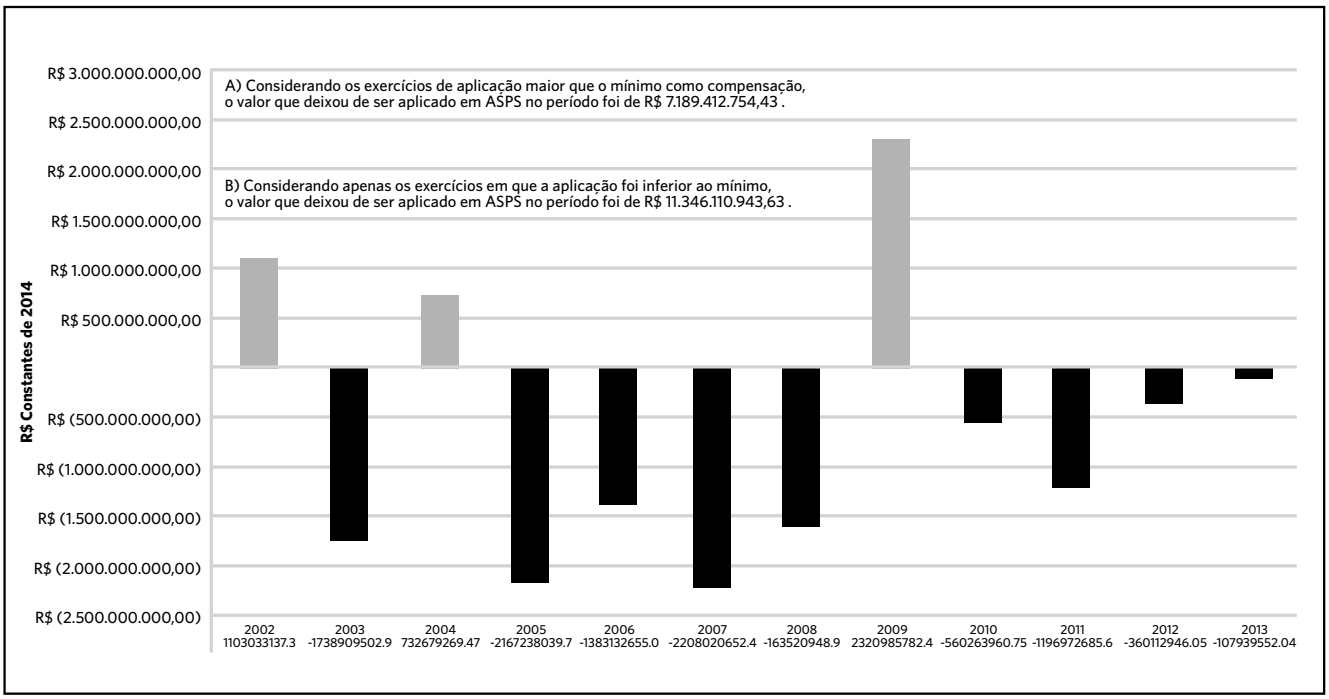
Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e Subsecretaria de Planejamento e Orçamento.

Apesar da diminuição da participação do governo federal no financiamento do SUS, Machado, Lima e Andrade (2014) afirmam que houve esforços quanto à desconcentração de recursos para regiões mais carentes no período de 2002 a 2011, ainda que não tenham sido suficientes para superar as desigualdades regionais existentes. As autoras destacam que o esforço redistributivo foi mais notável na atenção primária e na vigilância epidemiológica, mas enfatizam que houve baixo crescimento do gasto com vigilância epidemiológica. Em sua avaliação, afirmam que não se pode dizer que a saúde, como um todo, tenha sido prioridade durante os governos desse período.

Outra questão que tem sido bastante debatida no CNS diz respeito ao volume de Restos a Pagar (RP) de despesas com ASPS do Ministério da Saúde. Como a fase da despesa utilizada para monitorar o cumprimento do mínimo é a despesa empenhada, observando-se elevada

inscrição de RP ao final do exercício financeiro e cancelamentos em exercícios posteriores – embora somente após a LC nº 141/2012 haja determinação para repor os valores cancelados –, o debate sobre o assunto vem sendo feito há mais de dez anos, porque, na prática, os valores foram computados para fins de aplicação do mínimo em ASPS, mas não se traduziram em ações e serviços efetivos. O *gráfico 2* apresenta a diferença de aplicação entre o mínimo exigível e a despesa empenhada, deduzida dos RP cancelados.

Gráfico 2. Diferença entre as despesas empenhadas, descontados os cancelamentos de restos a pagar, e o valor mínimo a ser aplicado em ASPS pelo Ministério da Saúde, em R$ constantes de 2014



Fonte: Elaboração própria.

Nota: Para obter as despesas empenhadas atualizadas, subtraíram-se das despesas empenhadas em cada exercício os valores dos restos a pagar processados e não processados, cancelados em todo o período até dezembro de 2014. O valor mínimo a ser aplicado em ASPS foi obtido do Demonstrativo de Despesas com Saúde do Relatório Resumido de Execução Orçamentária, publicado pela Secretaria do Tesouro Nacional. Os valores foram deflacionados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

O gasto em ASPS como participação do Produto Interno Bruto (PIB) passou de 3,2% para 3,9%, entre 2002 e 2014, e o gasto *per capita* em dólares internacionais (Paridade do Poder de Compra – PPC) teve aumento importante no mesmo período, de 82,06 para 747,79 dólares internacionais. Esse aumento foi decorrente tanto da ampliação da alocação de recursos como do aumento do poder de compra da moeda nacional, algo que mudará em 2015 em virtude da atual crise política e econômica, quando se verificam a redução da arrecadação com consequente diminuição dos recursos alocados em ASPS, além do aumento da inflação.

Na *tabela 1*, expõem-se alguns indicadores de gasto em saúde retirados de países selecionados. Verifica-se que o gasto *per capita* da Alemanha, em dólares internacionais, é cinco vezes o do Brasil, o do Reino Unido, quatro vezes maior, e mesmo os de países vizinhos que não têm sistema universal de

saúde superam o gasto nacional, como nos casos da Argentina e do Chile. É importante destacar que a fonte dos dados constantes na *tabela 1* é a Organização Mundial da Saúde (OMS), que apresenta para o Brasil, em 2013, um gasto per capita do governo de 701 dólares internacionais. Recentemente, o IBGE (2015) publicou a Conta-Satélite de Saúde, atualizando os dados de gasto em saúde no Brasil até 2013. Nessa publicação, verifica-se que em 2013 o gasto *per capita* do governo foi de R$ 946,21 correntes, equivalentes a 662,35 dólares internacionais (3,6% do PIB), ou seja, valor inferior àquele apresentado pela OMS. O gasto total com saúde no Brasil foi de 8% do PIB e não 9,7%, como apresentado na *tabela 1*. Ainda assim, preferiu-se manter o registro da OMS na tabela para se compararem os países segundo a mesma metodologia.

Tabela 1. Indicadores de gasto em saúde de países selecionados, 2013

Países	Gasto per capita do governo em saúde (PPC, dólares internacionais)	Gasto total em saúde como percentual do PIB (%)	Gasto total do governo com saúde como percentual do gasto total do governo (%)	Gasto do governo com saúde como percentual do gasto total em saúde (%)
Alemanha	3696	11,3	19,4	76,8
Argentina	1167	7,3	31,8	67,7
Austrália	2792	9,4	18,7	66,6
Brasil	701	9,7	6,9	48,2
Canadá	3322	10,9	18,5	69,8
Chile	795	7,7	15,3	47,4
França	3360	11,7	15,8	77,5
Espanha	2004	8,9	13,9	70,4
Reino Unido	2766	9,1	16,2	83,5
Estados Unidos	4307	17,1	20,7	47,1

Fonte: World Health Organization. Countries. Disponível em: <http://www.who.int/countries/en/>. Acesso em: out. 2015.

Também vale ressaltar na *tabela 1* que, dentre os países selecionados, o Brasil apresenta a menor participação de gasto de saúde do governo em relação ao gasto total do governo (6,9%) e está entre os de mais baixa participação de gasto do governo com saúde em relação ao gasto total em saúde (48,2%), equiparando-se ao indicador do Chile e EUA e mais distante do de países que possuem sistema universal de saúde. Sem entrar, neste momento, em uma discussão sobre a eficiência dos sistemas de saúde, esses indicadores revelam o quanto o financiamento do SUS está aquém daquele feito por países que optaram por garantir acesso universal aos serviços de saúde para seus cidadãos e que são reconhecidos mundialmente pela qualidade desses serviços.

No contexto nacional a discussão sobre o subfinanciamento do SUS não é uma questão nova. Como dito anteriormente, o debate se estende desde a criação do sistema e, nos últimos anos, foi ampliado. Mas, em vez de se preservarem as fontes de financiamento da seguridade social, opta-se pela concessão de uma série de renúncias de contribuições sociais que são suas fontes de financiamento. Segundo a Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP, 2014), as despesas com juros da dívida e gastos tributários foram as que mais cresceram nos últimos dois anos, favorecendo os mais ricos, no primeiro caso, e sequer entrando nos cofres públicos, no segundo, o que não trouxe benefícios à sociedade.

Além de essas renúncias minguarem as receitas da seguridade social, em 8 de julho de 2015, o Poder Executivo encaminhou ao Congresso Nacional a Emenda Constitucional – EC nº 87/2015, destinada, especialmente, a prorrogar a Desvinculação de Receitas da União (DRU), estendendo sua vigência para oito anos, e a aumentar a alíquota de incidência da desvinculação de 20% para 30%, o que diminuiria ainda mais o volume de recursos disponíveis nas fontes exclusivas de financiamento da seguridade social, criadas para preservar as políticas sociais de interesses políticos diversos.

Ao mesmo tempo, dada a dificuldade de instituir novo tributo no contexto atual de crise política e econômica, com a finalidade de diminuir o déficit fiscal agravado pelo aumento da dívida pública, aparentemente, delega-se a responsabilidade de negociação de nova fonte de financiamento do SUS para o setor saúde. Por essa razão, o ex-ministro da saúde, Arthur Chioro, defendeu publicamente o retorno da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), mas foi fortemente atacado por deputados e senadores, que rechaçaram a proposta em menos de 24 horas.

Soares e Santos (2014), em trabalho que discute o financiamento e a alocação de recursos no SUS, afirmam que houve um alinhamento de política dos governos no âmbito federal quanto ao comportamento dos gastos em saúde no período de 1995 a 2012. Os autores destacam a estagnação desses gastos em relação ao PIB e apresentam como parte da justificativa o compromisso do governo central com as metas de superávit primário.

Em discussão sobre o fundo público e o financiamento das políticas sociais no Brasil, Salvador (2015) chama a atenção para o fato de que desempenham papel relevante para a manutenção do capitalismo e para a garantia do contrato social. O autor destaca que o fundo público garante a ampliação do mercado de consumo e financia políticas anticíclicas nos períodos de retração da atividade econômica. Considerando essas duas aplicações dos recursos públicos, ele questiona se, na disputa pelos recursos do fundo público, o País continuará priorizando o mercado financeiro e seus rentistas ou priorizará a construção de um sistema de proteção social. Afirma que, a partir de 2009, o governo federal ampliou as renúncias tributárias como medida para combater os efeitos da crise econômica mundial, afetando ainda mais o financiamento do Orçamento da Seguridade Social, com implicações para as parcelas de estados e municípios no financiamento das políticas de saúde e educação, na medida em que as renúncias também reduziram o montante transferido do Fundo de Participação dos Municípios e Fundo de Participação dos Estados.

Incentivos ao setor privado na saúde

Outra questão importante diz respeito aos incentivos ao setor privado na saúde. Segundo Lígia Bahia, citada por Guimarães (2013, p. 1),

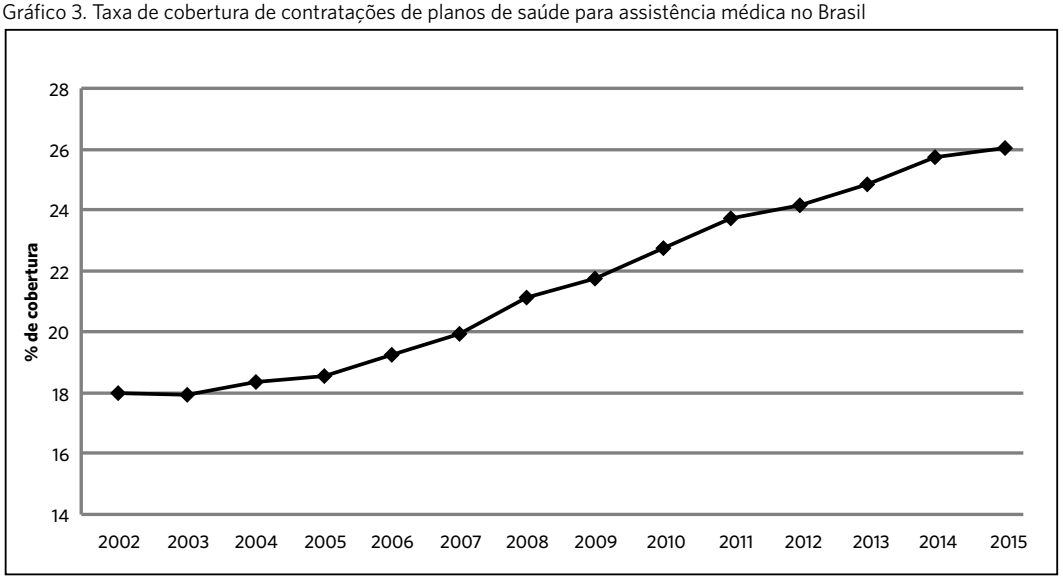
> a privatização da saúde no Brasil e sua origem e continuidade devem-se, sobretudo, a iniciativas empreendedoras e à intervenção estatal e não à escolha individual. Não são os indivíduos nem a sociedade (muitas vezes encarada como um punhado de gente dentro de algum lugar) que decidem privatizar a saúde.

O gasto tributário federal em 2011 foi de aproximadamente 16 bilhões de reais, equivalentes a 22,5% dos cerca de 70 bilhões destinados ao SUS pelo Ministério da Saúde no mesmo ano. As deduções com planos de saúde chegaram a R$ 7,7 bilhões, abrangendo 24,8 milhões de indivíduos – titulares e dependentes no modelo completo do Imposto de Renda Pessoa Física –, sendo responsáveis por 9,18% do faturamento das operadoras, cujo lucro líquido cresceu mais de duas vezes e meia em termos reais entre 2003 e 2011 (OCKÉ-REIS, 2014).

O fomento aos planos privados de saúde não se dá apenas por meio das renúncias fiscais. A própria administração pública nas três esferas de governo, em muitos casos, paga benefícios aos servidores públicos para a contratação de planos de saúde ou mantém serviços de saúde próprios. Esses gastos não são computados como ASPS, mas isso dá uma noção das escolhas que estão sendo feitas em termos de assistência à saúde e da contradição no âmbito do Estado. Verifica-se, por exemplo, no orçamento federal, por meio do sistema Siga Brasil, que o gasto do Ministério da Saúde com planos de saúde para seus servidores foi de 384,4 milhões de reais em 2014.

Os diversos incentivos instituídos pelo Poder Público contribuíram para o aumento das contratações de planos de saúde entre 2002 e 2015, conforme mostra o gráfico 3, fazendo com que a taxa de cobertura passasse de 18% para 26% no período. Ainda que esses dados não sejam relativos a beneficiários, porque um beneficiário pode ter mais de um plano de saúde, possibilitam uma aproximação do percentual de pessoas cobertas.

Gráfico 3. Taxa de cobertura de contratações de planos de saúde para assistência médica no Brasil



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Taxa de cobertura. (ANS, 2016).

Nota: Os dados referem-se à competência de junho de cada ano e ao número de contratações. Um mesmo beneficiário pode ter mais de um plano de saúde.

Outra forma de renúncia de receitas diz respeito a programas específicos em que o valor renunciado deve reverter ao SUS na forma de projetos executados pelas instituições participantes. Os projetos são aprovados e monitorados pelo Ministério da Saúde. São eles o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e o Programa Nacional de Apoio à Saúde da Pessoa com Deficiência (Pronas/PCD), ambos financiados por meio de dedução no Imposto de Renda de doadores, pessoas físicas e jurídicas, nos termos da Lei nº 12.715/2012, e o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional ao Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), atualmente regulamentado no âmbito da Lei nº 12.101/2009.

No caso do Proadi, participam apenas seis hospitais privados filantrópicos, ditos de excelência – Albert Einstein, Alemão Oswaldo Cruz, do Coração, Samaritano e Sírio-Libanês –, localizados no município de São Paulo, e o Moinhos de Vento, em Porto Alegre. No Pronon e Pronas, as instituições devem se credenciar previamente para apresentar projetos ao Ministério da Saúde. O valor da renúncia em 2013 foi de aproximadamente 74,7 milhões de reais do Pronon, 70,8 milhões do Pronas e 325,4 milhões de reais do Proadi (BRASIL, 2015A).

Mendes e Weiller (2015) criticam, em artigo que analisa as repercussões da renúncia fiscal em saúde sobre o financiamento do SUS, a transformação do direito à saúde em garantia de consumo de produtos e serviços, evidenciando o processo de mercantilização da política de saúde. Os autores defendem que, para o enfrentamento da insuficiência de recursos no SUS, devemos nos preocupar com a persistência dos incentivos fiscais ao setor privado de saúde. Essa é uma questão que merece amplo debate.

Ameaças recentes à saúde como direito social

Além das questões já apontadas como problemáticas para a garantia do direito à saúde universal, integral e igualitário, destaca-se a aprovação de mais uma medida de incentivo do governo brasileiro ao setor privado de saúde, mais uma vez reforçado com a aprovação da Lei nº 13.097, de 19/01/2015, que permite a participação direta ou indireta de pessoas jurídicas e o controle de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde, para instalar, operacionalizar ou explorar hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada, dentre outros. Essa medida foi bastante criticada por entidades de defesa da saúde pública no País e objeto de divulgação de nota de repúdio pelo Conselho Nacional de Saúde quando ainda não tinha sido aprovada (CNS, 2014).

Segundo Sá *et al.* (2015), dentre os riscos que o capital estrangeiro traz estão: pressão sobre o mercado de trabalho, resultando em migração de profissionais do setor público para o privado, especialmente os médicos no contexto brasileiro; fortalecimento da segmentação do setor saúde; agravamento da desigualdade e aumento do volume de recursos utilizados para subsidiar o consumo privado de assistência à saúde.

Essas decisões claramente visam a estimular a oferta privada de planos e serviços de saúde e parecem concertadas. Observe-se o caso da PEC nº 451/2014, que propõe incluir o plano de assistência à saúde a ser ofertado pelo empregador como garantia fundamental ao empregado. Caso a proposta seja aprovada, a lógica da saúde como direito social seria muito afetada e o SUS passaria a dispor de serviços de forma residual para os que não tivessem vínculos empregatícios

formais e não tivessem meios para pagar um plano de saúde. O foco é no consumo de serviços de saúde e na dinâmica de mercado, o que fez com que mais uma vez entidades de defesa da saúde pública, nesse caso oito delas, publicassem nota conjunta em que acusam a PEC nº 451/2014 de

> apontar para a ressuscitação de uma situação pior do que a do antigo Inamps ao garantir que as seguradoras e operadoras privadas de planos de saúde tenham um mercado cativo garantido pela própria Constituição. (CEBES *ET AL.*, 2015).

Pouco tempo depois de a PEC nº 451/2014 ter sido apresentada, o presidente do Senado Federal divulgou em nome da Casa uma série de propostas para enfrentamento da crise econômica na chamada Agenda Brasil, dentre elas a de avaliar a possibilidade de cobrança diferenciada de procedimentos do SUS por faixa de renda (BRASIL, 2015B). Mais uma vez o princípio da universalidade da saúde foi ameaçado, gerando forte reação dos movimentos de defesa do direito à saúde, o que fez com que o senador retirasse a proposta do rol da citada Agenda (BORGES, 2015).

Considerações finais

Sobre a trajetória problemática do financiamento do SUS, Mendes (2014) comenta alguns constrangimentos enfrentados ao longo dos anos 2000: (a) a Desvinculação de Receitas da União (DRU), que retira 20% do montante arrecadado de contribuições sociais; (b) a criação da CPMF, que, inicialmente, era exclusiva para a saúde, mas que resultou na substituição de fontes no financiamento do SUS; (c) a tensão provocada pela aprovação da EC nº 29/2000, com indefinições sobre o conceito de ASPS e com regra diferente para a União em relação aos estados e municípios; (d) as investidas da equipe econômica do governo federal contra a vinculação de recursos para a saúde; (e) a pendência de regulamentação da EC nº 29 no Congresso, que só ocorreu em 2012; (f) a ameaça de proposta de Reforma Tributária do governo Lula, com prejuízos para a seguridade social; e (g) a insuficiência de recursos para financiamento do SUS após a regulamentação EC nº 29.

As várias decisões e discussões ocorridas no âmbito dos Poderes Executivo e Legislativo nos últimos anos fazem refletir sobre o futuro do estado do bem-estar social no Brasil, especialmente sobre a saúde como direito. Ainda que muitos políticos sejam eleitos defendendo a bandeira do SUS, comprometendo-se com sua consolidação, na prática, suas decisões e defesas contradizem o discurso pré-eleição.

A insuficiência do financiamento do sistema é um problema crônico, que se agravou nos últimos dois anos e possui perspectivas negativas para 2016. Não se observa esforço do governo federal para alocar recursos além do mínimo determinado pela Constituição e, em direção oposta, identifica-se volume importante de inscrição de recursos em restos a pagar, dos quais parte é arrastada ao longo dos anos e posteriormente cancelada, o que ocasiona, em muitos exercícios financeiros, aplicação inferior ao mínimo em ASPS.

Obviamente, tal situação impacta o acesso e a qualidade dos serviços, algo que não foi explorado neste texto. Mas vale, ao menos, mencionar que a necessidade de investimento em regiões de saúde é muito grande. Contudo, apesar de todas essas dificuldades, pode-se afirmar que houve avanços, ainda que seja um grande desafio mensurar a participação da saúde na melhora observada na qualidade de vida das pessoas, visto que há muitas variáveis de confusão, uma vez que a situação de saúde é determinada fortemente pelas condições socioeconômicas dos indivíduos.

Se o financiamento da saúde pública não é priorizado, por outro lado, as renúncias

fiscais que incentivam o setor privado de planos de saúde têm aumentado. Esse quadro, associado à proposição da PEC nº 451/2014 e da cobrança no SUS prevista na versão original da Agenda Brasil, evidencia uma noção de saúde mais como um bem de consumo do que como um bem social. Como um bem de consumo, cada indivíduo tem acesso aos serviços de saúde com a quantidade e qualidade que o seu bolso pode pagar, já que a inciativa privada pode ofertar uma gama muito diferenciada de planos de saúde para diferentes estratos de renda. Ainda como bem de consumo e considerando que parte da população fica alijada da possibilidade de consumir até os planos de saúde mais baratos, o Estado assume papel residual com a finalidade de intervir nas falhas de mercado. Exemplo semelhante ocorreu recentemente nos Estados Unidos com o ObamaCare, onde o Estado, além de já implementar programas para assistência à saúde de pessoas idosas e muito pobres, criou subsídio para aquelas que não faziam parte nem de um grupo nem de outro nem dispunham de recursos para contratar um plano de saúde.

Não foi essa a opção na Constituição de 1988, que enunciou a saúde como direito de todos e dever do Estado. A saúde como direito tem como base a valorização da igualdade entre os cidadãos, da solidariedade e da coesão social. O Brasil não deve retroceder. A Europa tem demonstrado que, apesar da crise econômica, é possível adotar medidas que preparem os indivíduos para as novas realidades do mercado de trabalho sem alterar significativamente os serviços de acesso universal, dentre os quais a saúde.

Nesse contexto, Santos (2015) pondera que há um esgotamento dos cenários e esperanças de disputa e exercícios de poder com base em promessa do uso do poder para o bem comum, de forma que aumenta a busca de meios para que o exercício do poder seja reestruturado, democratizado e compelido a ser controlado pela sociedade. Nesse sentido, o autor alerta que a retomada do rumo inicial do SUS está vinculada à reversão da atual política de Estado e também do contexto macroeconômico nacional e global; que, para tal retomada, os defensores do SUS são imprescindíveis, mas não suficientes; que a participação social e o sentido de pertencimento no debate sobre a alocação de recursos públicos é essencial para que as decisões sobre o financiamento do sistema e o subsídio aos planos privados passem pelo crivo de quem efetivamente é o financiador dessas políticas, o cidadão.

A recente crise político-econômica no Brasil não pode servir de mote para o desmonte da importante política social que é a de saúde, sob a alegação de sua insustentabilidade financeira. Como tratado neste texto, não é de hoje que decisões são tomadas para favorecer o setor privado de saúde e não priorizar o SUS. Precisamos estar mais atentos e conscientes sobre o que está em jogo para defendermos com clareza o Estado que queremos. ■

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Informações em Saúde Suplementar. *Taxa de Cobertura*. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/notas_taxa_cobertura.htm>. Acesso em: 19 maio 2016.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES-FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL (ANFIP). *Análise da Seguridade Social 2013.* Brasília, DF: ANFIP, 2014. Disponível em: <http://www.anfip.org.br/publicacoes/20150713162859_Analise-da-Seguridade-Social-2014_13-07-2015_20150710-Anlise-Seguridade-2014-Verso-Final.pdf>. Acesso em: 4 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Série Ecos. Economia da saúde para a gestão do SUS. *Financiamento público de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf>. Acesso em: 4 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Série Ecos. Economia da saúde para a gestão do SUS. *Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacoes_orcamentos_publicos_saude.pdf>. Acesso em: 17 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Relatório de gestão do exercício de 2014*. Brasília, 2015a. Disponível em: <http://portal.tcu.gov.br/contas/contas-e-relatorios-de-gestao/contas-do-exercicio-de-2015.htm>. Acesso em: 10 out. 2015.

_____. Senado Federal. *A 'Agenda Brasil', sugerida por Renan Calheiros*. Brasília, DF, 2015b. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2015/08/10/a-agenda-brasil-sugerida-por-renan-calheiros>. Acesso em: 10 out. 2015.

BORGES, L. Plano anticrise ganha novas propostas, mas Renan recua de cobrança no SUS. [Internet]. 2015. *Veja.com*. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/economia/pacto-anticrise-ganha-novas-propostas-mas-renan-recua-em-cobranca-do-sus/>. Acesso em: 10 out. 2015.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES) *et al*. *Nota:* a PEC 451 viola o direito à saúde e promove a segmentação do SUS. Rio de Janeiro, 2015. [Internet]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/03/a-pec-451-viola-o-direito-a-saude-e-promove-a-segmentacao-do-sus/>. Acesso em: 10 out. 2015.

CHIODI, F. *Desafios das políticas de proteção social na União Europeia e a comparação com a América Latina.* In: CURSO INTERNACIONAL DESENVOLVIMENTO E PROTEÇÃO SOCIAL NA AMÉRICA LATINA E NA EUROPA. Brasília, DF, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). *O atual quadro de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da Emenda Constitucional nº 86/2015 e do ajuste fiscal*. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2015/docs/documento_final_seminario_cns_Cofin_abrasco.pdf>. Acesso em: out. 2015.

_____. *Nota*. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2014/12dez18_Nota_medida_prpvisoria_656_2014_4cnstt.html>. Acesso em: 10 out. 2015.

GUIMARÃES, C. Saúde: a voz das ruas e a voz do mercado. *Revista POLI:* saúde, educação e trabalho. Rio de Janeiro, v. 5, n. 29, p. 4-10, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Conta-Satélite de Saúde Brasil:* 2010 – 2013. [Internet]. 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/disseminacao/

destaques/2015_11_10_conta_satelite_de_saude.shtm>. Acesso em: 4 maio 2016.

KERSTENETAKY, C. L. *O estado do bem-estar social na idade da razão.* A reinvenção do estado social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MACHADO, V. M.; LIMA, L. D.; ANDRADE, C. L. T. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 187-200, 2014.

MENDES, A. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1183-1197, 2014.

MENDES, A.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 491-505, 2015.

OCKÉ-REIS, C. O. Qual é a Magnitude do gasto tributário em saúde? In: IPEA. *Boletim de Análise Político-Institucional 5*. Rio de Janeiro: IPEA, 2014. Disponível em: <http://www.en.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/boletim_analise_politico/140529_boletim_analisepolitico_05_cap8>. Acesso em: 4 maio 2016.

SÁ, E. B. *et tal*. Capital estrangeiro nos serviços de assistência à saúde e seus riscos. In: MELO E SOUZA, A.; MIRANDA, P. (Org.). *Brasil em Desenvolvimento 2015*. Brasília, DF: IPEA, 2015, p. 139-172.

SALVADOR, E. *Renúncias tributárias:* os impactos no financiamento das políticas sociais no Brasil. Brasília, DF: INESC; OXFAM, 2015.

SANTOS, N. R. SUS fora do rumo: busca de luzes: acima do SUS. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 582-600, 2015.

SAÚDE+10. *Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública*. [Internet]. 2013. Disponível em: <http://www.saudemaisdez.org.br/>. Acesso em: 10 out. 2015.

SERVO, L. M. S. *et al*. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ipea, 2011.

SOARES, A.; SANTOS, N. R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde debate*, Rio de Janeiro v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014.

Recebido para publicação em dezembro de 2015
Versão final em maio de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde

Violation of rights of children and adolescents in Brazil: interfaces with health policy

Rosangela Barbiani[1]

RESUMO Este ensaio tematiza os desafios e contradições que permeiam a conquista do estatuto de cidadania de crianças e adolescentes brasileiros, com ênfase na defesa do direito à saúde. Descreve o fenômeno da violação de direitos de crianças e adolescentes e suas repercussões na ótica do conceito ampliado de saúde, das políticas públicas a ele pertinentes e das produções no campo teórico e programático, em âmbito internacional e nacional. Por fim, analisa a experiência brasileira no que tange ao desenvolvimento de políticas públicas diretamente relacionadas ao Sistema Único de Saúde para a garantia dos direitos humanos de crianças e adolescentes vulneráveis e/ou vítimas de violências.

PALAVRAS-CHAVE Defesa da criança e do adolescente; Violência; Direitos humanos; Saúde.

ABSTRACT *This essay discusses the challenges and contradictions that permeate the conquest of the citizenship of Brazilian children and adolescents, with emphasis on the protection of the right to health. It describes the phenomenon of violation of the rights of children and adolescents and its impact regarding a broad concept of health, public policies relevant to it, and productions in the theoretical and programmatic at international and national level. Finally, it analyzes the Brazilian experience regarding the development of public policies directly related to the Unified Health System for the assurance of the human rights of vulnerable children and adolescents and / or victims of violence.*

KEYWORDS *Defense of children and adolescents; Violence; Human rights; Health.*

[1] Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – São Leopoldo (RS), Brasil. *robarbiani@gmail.com*

 DOI: 10.1590/0103-1104201610916

Crianças e adolescentes, cidadãos brasileiros: a construção de um sistema de garantia de direitos

A modernidade, como amplamente abordada por Ariés (1981), foi o berço do surgimento da infância como existência social. Com a emergência dos Estados modernos, a partir do século XVIII, a noção de cidadania passa a ser incorporada paulatinamente a todos os segmentos etários, inclusive aos infantes. Nesse período, a infância torna-se objeto do Estado e da ciência, gerando um quadro de múltiplas transformações sociais e políticas, pensadas com base nas ideias iluministas. Assim, as crianças passam a ser vistas como seres diferenciados dos adultos. Surgem o pátrio poder dos pais e das mães e o interesse educacional em produzir saberes que se ocupam da infância. Iniciam-se os estudos do desenvolvimento infantil, físico e mental. Instituem-se as relações de poder-saber da modernidade, tornando as crianças crescentemente objetos das disciplinas (BUJES, 2002).

Na contemporaneidade, a centralidade da infância e a emergência da categoria 'adolescência' ocupam espaços na cena pública em discursos e práticas controversos (BARBIANI, 2011), que transitam desde o reconhecimento de direitos até sua contestação. Nesse cenário, também se destacam as críticas ao Estado na forma como vem gerindo as políticas públicas, no tensionamento com as necessidades e direitos desses segmentos sociais.

É sem dúvida um tempo que avança no debate social, político e científico sobre os direitos humanos das crianças e adolescentes, na esteira de uma socialização política e cultural de aprendizagem da cidadania. Esse processo implica a consolidação de um sistema de garantia de direitos nos quais as instâncias que dele participam se educam no exercício de suas prerrogativas, ao mesmo tempo que rompem com as noções e práticas autoritárias e tutelares do passado.

No Brasil, a Constituição de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1988, 1990) estabeleceram a criança e o adolescente como 'prioridades absolutas' para o efetivo desenvolvimento do País. A legislação dá um privilégio legal à população infantojuvenil devido ao seu valor intrínseco: são cidadãos em desenvolvimento e, dado o seu valor projetivo, são portadores do futuro.

A doutrina de proteção social interpela Estado, sociedade e família ao dever de priorização das crianças e adolescentes, seja mediante a prestação de cuidados e proteção, seja por meio do estímulo ao seu desenvolvimento, sendo a eles destinado o projeto societário de mobilidade social ascendente pelo investimento em políticas públicas. Nessa direção, o ECA prevê, no art. 88, a "municipalização do atendimento" (BRASIL, 1990), sendo operado e apoiado por meio de um sistema de garantia de direitos, estruturado em três eixos: promoção, controle social e defesa de direitos. O eixo da promoção de direitos compreende as políticas sociais básicas destinadas à população infantojuvenil e às suas famílias. O eixo da defesa dos direitos consiste em zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente por meio de intervenções onde e quando houver ameaça ou violação desses direitos. O eixo controle social trata da participação da sociedade na formulação e fiscalização das políticas voltadas para a criança e para o adolescente por meio da ação das organizações da sociedade civil (especialmente aquelas que prestam atendimento), dos movimentos sociais e das instâncias formais de participação estabelecidas na lei, que são os Conselhos de Direitos.

Na articulação desse sistema, estão a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente (SNPDCA) e o Conselho Nacional dos

Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). Por iniciativa deste Conselho, e em articulação com o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e demais instâncias da sociedade civil, é lançado, em 2006, o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC), representando mais uma conquista à medida que preconiza que crianças e adolescentes sejam vistos de forma indissociável de seu contexto familiar e comunitário. Suas estratégias, objetivos e diretrizes orientam prioritariamente para a prevenção do rompimento dos vínculos familiares, para a qualificação do atendimento dos serviços de acolhimento e para o investimento no retorno ao convívio com a família de origem (BRASIL, 2006).

Esse conjunto de ações e instâncias conforma o 'nascimento' de uma cultura política cidadã e de uma base ética articulada aos arranjos político-administrativos que materializam a trajetória de 23 anos de implementação de um novo paradigma na forma de conceber e tratar as crianças e adolescentes brasileiros. O balanço desse processo está em curso. Colhem-se muitos frutos, mas ainda há muitos desafios a superar (BAZON, 2007). Questões como a morte de milhares de crianças e adolescentes por causas externas, o trabalho infantil, a exploração física e sexual, a evasão escolar, a ameaça de redução da maioridade penal, a violação de direitos na execução de medidas socioeducativas são alguns exemplos da magnitude dos desafios a serem enfrentados para a garantia de proteção integral às crianças e adolescentes. Em um país como o Brasil, cujo modelo econômico é excludente e cuja população é ainda jovem – 30% dos brasileiros com menos de 18 anos, e 11% possui entre 12 e 17 anos (UNICEF, 2011) –, assegurar direitos especialmente de segmentos vulneráveis requer um encontro entre as políticas de desenvolvimento com a equidade social.

Violência contra crianças e adolescentes: desafios para o campo da saúde

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) definem a violência, desde a década de 1990, como um problema de saúde pública pelos impactos que acarreta na qualidade de vida da população e nas demandas e custos endereçados aos sistemas de saúde e seguridade social. É considerada mundialmente violação de direitos, embora com expressões variadas em diferentes contextos.

Dimensões de magnitude (frequência: anos potenciais de vida perdidos), transcendência (gravidade: óbitos, internações, sequelas, medo, indignação, custos, absenteísmo) e vulnerabilidade (prevenção, mudança de comportamento, promoção da saúde e cultura de paz) fazem da violência um fenômeno complexo, envidando esforços mundiais para seu controle. Nessa perspectiva, debate-se, contemporaneamente, a expansão de domínios da violência de modo paradoxal com a expansão dos direitos humanos e sociais (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006) e a necessidade de outras formas para seu enfrentamento.

As ações no âmbito da saúde têm sido apontadas e preconizadas como necessárias e complementares às desenvolvidas pelos segmentos tradicionais, como a polícia e a justiça, no enfrentamento à violência (MERCY *ET AL.*, 1999; MOORE, 1999; WHO, 1996, 2010). Seu potencial é o de poder agir no próprio território da violência, no seio das comunidades, interagindo nas situações de vulnerabilidade e risco e envolvendo diversos sujeitos, inclusive vítimas e agressores. Seu foco é a prevenção, pois se entende que o comportamento violento e suas consequências podem ser prevenidos e evitados. Entretanto, a prevenção não é suficiente, pois os determinantes da violência estão em todos os lugares (MOORE, 1999).

Sob o enfoque dos determinantes sociais das iniquidades em saúde, esse complexo fenômeno vem sendo estudado na saúde coletiva, demonstrando-se a importância das ações intersetoriais, mas, sobretudo, de mudanças no âmbito das macroestruturas de desenvolvimento social e econômico, na perspectiva da igualdade e equidade social. Essa perspectiva está embasada no conceito de violência estrutural, concebida como o determinante maior das violências interpessoais, pois se caracteriza pelo acesso desigual às condições de vida e subsistência, enquanto a violência pessoal é um acidente de percurso, reativa e reforçadora da violência estrutural (AZEVEDO; GUERRA, 1989). O conceito de violência estrutural oferece um marco explicativo à violência do comportamento individual e social, devendo-se entendê-la na totalidade da formação social e na sua diferenciação e especificidade fenomênica (MINAYO, 1990). Quando a violência é analisada nas suas expressões concretas, permite ser assumida como objeto de reflexão e superação (CASTRO; ABRAMOVAY, 2002; MINAYO; SOUZA, 1999).

O enfrentamento dessa complexa dinâmica envolve a compreensão desses níveis de determinantes, de suas manifestações, das particularidades dos grupos sociais mais atingidos, e das consequências e outras formas de vulnerabilidade e risco que provoca. Tarefa que implica o reconhecimento sobre o forte condicionamento das desigualdades sociais no desencadeamento da violência, em particular nos segmentos em situações de pobreza.

Estudos nacionais e internacionais têm sido desenvolvidos sob essa perspectiva ético-política, com crescente incidência na pesquisa sobre o impacto da violência em grupos vulneráveis, como crianças, adolescentes e jovens (WESTPHAL; BYDLOWSKIC, 2010; CRAIDY; GONÇALVES, 2005; GROPPO, 2011; MINAYO, 1990, 2003, 2006; ASSIS; CONSTANTINO; AVANCI, 2010; DAHLBERGLL; KRUG, 2006; MOORE, 1999; SOARES, 2004; BRICEÑO-LEÓN, 2005; WAISELFISZ, 2011, 2012; MERCY *ET AL*., 1999; WHO, 1996; DUQUE *ET AL*., 2007; FONTAINE; TORRE; GRAFWALLNER, 2006; FONSECA, 2007; LIRA, 2011; LOVE; SCHOCHET; MECKSTROTH, 2002; REICHENHEIMM *ET AL*., 2011).

O conjunto dessas produções tem como linha comum o monitoramento e análise dos determinantes multifatoriais da violência e suas expressões, destacando os reflexos de sua dimensão estrutural nos segmentos vulneráveis. São objeto de estudo condições de vida, ausência ou precariedade de políticas públicas, trabalho infantil, analfabetismo, crianças e adolescentes em situação de rua ou de institucionalização, a violência criminal ou infracional (envolvendo os indivíduos como vítimas e/ou agressores) (MARTINS; JORGE, 2009).

Os resultados convergem na necessidade de maior equidade nos recursos e orçamentos no campo da proteção social, uma vez que a violência afeta de forma desigual regiões e populações de acordo com as características de classe social, gênero, raça, cor e ciclo etário.

A produção brasileira sobre violência e saúde é crescente, mas ainda incipiente. (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006; BAZON, 2007; LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012). No segmento crianças e adolescentes, ela desponta a partir do século XXI (MINAYO; SOUZA, 1999). Além de uma produção recente, os estudos até 2005 se concentraram em serviços especializados de atendimento a vítimas de violência (abrigos, centros de atendimentos de denúncias ou de referência) (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006; BAZON, 2007).

Estudos sobre os determinantes, causas e consequências vêm crescendo no País, mas precisam avançar, incorporando a análise das políticas e planos públicos com vistas a monitorar a efetividade de seus métodos e resultados (BAZON, 2008; ARKS, 2005; REICHENHEIM *ET AL*., 2011). Pesquisas que investigam as dinâmicas do fenômeno também são reduzidas e revelam que altíssimos níveis de violência entre os adultos jovens têm sua origem em idades anteriores e se manifestam de forma mais semelhante nos mesmos espaços geográficos (LOVE; SCHOCHET; MECKSTROTH, 2002). Além

disso, os fenômenos de violência, de forma direta ou indireta, têm como efeito sobre as pessoas o isolamento social, o pânico, o consumo de drogas, a depressão e a melancolia, além de defesas agressivas que potencializam, de forma geral, laços mais violentos (COSTA, 2004).

Violências, tipologias e formas de abordagem no campo da saúde: a experiência brasileira

Além da violência estrutural, fenômeno histórico que afeta de forma desigual indivíduos e populações, crianças e adolescentes também são vulneráveis à violação de seus direitos humanos, temática que será abordada nesta seção.

A caracterização dos diferentes tipos de violência não é simples por tratar-se de fenômeno heterogêneo e multifatorial. Segundo definição da OMS, adotada pelo Ministério da Saúde, as violências são caracterizadas pelo

> uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que possa resultar (ou tenha alta probabilidade de resultar) em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação. (WHO, 1996, P. 142).

Na sequência dessa definição, as violências são classificadas por suas tipologias em três categorias: violência dirigida contra si mesmo (autoinfligida); violência interpessoal (classificadas em dois âmbitos: violência intrafamiliar ou doméstica – entre parceiros íntimos ou membros da família – e violência comunitária – que ocorre no ambiente social em geral entre conhecidos e desconhecidos) e violência coletiva (atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos, caracterizados pela dominação de grupos e do Estado).

Quanto à natureza, os atos violentos podem ser classificados como abuso físico, psicológico, sexual e envolvendo abandono, negligência e privação de cuidados.

Deste quadro geral de classificação das violências, derivam-se as especificações da legislação brasileira, sobretudo para o ECA e para o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) e suas aplicações para o segmento infância e adolescência. O Ministério da Saúde define a violência contra crianças e adolescentes como quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas (BRASIL, 2001).

Estudo realizado na base de dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA INQUÉRITO, 2011) revela que entre as crianças menores de 10 anos de idade, a negligência é o tipo de violência mais comum (43,1%), seguido da violência física (33,3%). Na maior parte dos atendimentos, tratava-se de um familiar o provável autor da agressão, e a mãe apareceu em mais de 36% dos casos notificados. Já a violência física (65,3%) foi o tipo de violência mais comum na faixa etária de 10 a 19 anos de idade segundo a mesma fonte. Na maior parte dos atendimentos, tratava-se de um amigo ou conhecido o provável autor da agressão (20,0%) (BRASIL, 2011).

As violências e os acidentes, no Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS), são enquadrados na categoria de causas externas e têm aumentado significativamente e de modo geral na população, contribuindo para a mudança do perfil epidemiológico do País. As causas externas de morbidade e mortalidade no Brasil representam a terceira causa de morte entre crianças de zero a 9 anos de idade, passando a ocupar a primeira posição na população de adultos jovens (10 a 39 anos) (BRASIL, 2013).

Diante da magnitude do fenômeno no País (frequência, anos potenciais de vida

perdidos) e transcendência (gravidade, importância econômica-custos, absenteísmo), a notificação das violências foi estabelecida como obrigatória por vários atos normativos e legais. No segmento crianças-adolescentes, está prevista no ECA e na Portaria do MS nº 1.968, de 25 de outubro de 2001.

Por meio da notificação do caso suspeito ou confirmado, cria-se o elo entre os sistemas de saúde, de ensino e demais políticas públicas com o sistema de justiça e de direitos humanos, delineando-se a formação da rede multiprofissional e interinstitucional de atuação fundamental nesses casos, permitindo também o dimensionamento epidemiológico da violência. Ainda no âmbito do sistema de garantia de direitos, a partir de 2003, os Conselhos Tutelares devem proceder à atualização dos dados no Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (Sipia), criado em 1997, gerido pela Secretaria de Direitos Humanos, por meio da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente (SNPDCA).

Em 2004, no âmbito da saúde, criou-se a Rede Nacional de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (Portaria MS/GM nº 936) que prevê a implantação de "Núcleos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde", constando entre suas atividades a

> implementação da notificação de maus-tratos e outras violências, possibilitando a melhoria da qualidade da informação e participação nas redes estadual e nacional de atenção integral para populações estratégicas. (BRASIL, 2004).

A partir de 2006, o Ministério da Saúde estruturou o Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em dois componentes: (I) vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (Viva Contínuo), e (II) vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (BRASIL, 2010B).

Essas iniciativas de vigilância da violência, bem como aquelas desenvolvidas em outros níveis de atenção à saúde (atenção básica, rede de urgências), precisam ser capilarizadas por todas as instâncias de gestão do SUS, sob pena de se reduzirem a retóricas normativas, sem efetividade na gestão local, isto é, nos territórios, distritos e regiões de saúde. Nessa direção, em 2010, é lançada, em âmbito nacional, a estratégia de Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, com o propósito de sensibilizar e orientar os gestores e profissionais de saúde para uma ação contínua e permanente para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (BRASIL, 2010A).

Entre avanços e desafios: a cidadania de crianças e adolescentes como imperativo ético civilizatório

A primeira seção deste ensaio encarregou-se de explicitar os principais marcos históricos e políticos da tardia inserção da infância e da adolescência na esfera brasileira dos direitos à cidadania. A reboque das iniciativas internacionais e, sobretudo, pressionado pelos movimentos sociais, o Estado brasileiro, especialmente a partir da Constituição de 1988, reconhece a prioridade de proteção das crianças e dos adolescentes como seres em condição peculiar de desenvolvimento. Por meio de sua principal legislação – o ECA, e na sequência das políticas que o regulamentaram –, o País assume sua dívida social para com esse segmento populacional, desencadeando uma série de dispositivos de implementação de um Sistema de Garantia de Direitos. Apesar da legitimidade e da importância desse Sistema, as prescrições legais e normativas não são suficientes para impedir que as violações de direitos continuem a

persistir de forma injusta e evitável. Tais violações aparecem naturalizadas na sociedade, mas se constituem em solo fértil para as principais formas de relações violentas (MINAYO, 2006).

Desse ponto de vista, a violência é entendida como um processo e, ao mesmo tempo, produto que expressa o nível de satisfação das necessidades de uma sociedade, revelando o modelo de organização social e política de um país na distribuição de recursos para garanti-las.

Na dinâmica da violência estrutural que afeta direta e indiretamente toda a sociedade, outras formas de violência se instalam, acentuando o dilema civilizatório contemporâneo: se de um lado tem-se direitos consolidados, de outro, estes se veem ameaçados pela violência disseminada no tecido social. Examinando-se essa contradição no campo dos direitos de crianças e adolescentes, depara-se com a impotência do Sistema de Garantia de Direitos e, ao mesmo tempo, com a doutrina de proteção integral, potente instrumento de reivindicação, no âmbito jurídico e social, dos direitos conquistados.

Na esteira dessas conquistas e contradições, persiste o complexo contexto de violação de direitos do qual crianças e adolescentes brasileiros são vítimas, em escala crescente de magnitude, conformando um problema grave de saúde pública. A violência contra crianças e adolescentes, devido ao grande impacto no crescimento e desenvolvimento infantojuvenil, é uma grave violação de direitos (MARTINS; JORGE, 2009; PESCE, 2009). Portanto, a temática violência, na intersecção com a população infantojuvenil, deve pautar as agendas públicas não só pela repercussão simbólica e material que imputa à sociedade, mas principalmente pelos direitos inalienáveis desse segmento que historicamente foi negligenciado pelas políticas públicas.

O elenco de ações implantado na política setorial de saúde demonstra uma ação reativa do Estado no sentido de conter e monitorar a agudização do fenômeno da violência. Em outras palavras, ele permanece encarando o fenômeno da violência como um espectador, um contador de eventos, um reparador dos estragos provocados pelos conflitos sociais, tanto nas situações cotidianas como nas emergenciais. Esse tempo histórico exige mais das políticas públicas, bem como da sociedade civil organizada na implicação ético-política de reversão das iniquidades, no âmbito e alcance que lhe são possíveis (MINAYO; SOUZA, 1999).

No âmbito da saúde, esse pressuposto implica concebê-la como direito que vai muito além do acesso aos serviços (esfera individual), para pensá-la em seu espectro mais amplo, de satisfação das necessidades humanas básicas, como o trabalho, a moradia, a educação, o saneamento, o ambiente, o transporte etc. (esfera coletiva). Essa concepção ampliada de saúde como direito social e política pública é a vigente no País e exige do Estado iniciativas de justiça distributiva, mediante políticas econômicas e sociais que contemplem as duas dimensões, de caráter metaindividual (MACHADO, 2011).

Agregam-se aos determinantes de ordem macroestrutural os desafios de gestão e execução terminal das políticas, tornando ainda mais complexa a responsabilidade do Estado e da sociedade de promover e proteger de forma integral a vida das crianças e adolescentes brasileiros.

O modelo de atenção à saúde predominante continua centrado na responsabilização apenas clínica de tratamento de lesões e traumas que resultam das agressões, restringindo processos de trabalho e organizando a rede de serviços a esse foco. O trabalho de prevenção e de maior preparo às notificações desses agravos são lacunas importantes constatadas empiricamente (LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012; MOURA; MORAES; REICHENHEIM, 2008).

O desconhecimento acerca dos marcos legais e programáticos que envolvem a consolidação de um sistema de garantia de direitos é outro impedimento aos gestores, profissionais, controle social e população em

geral. Associa-se a essa condição experiências ainda fragmentadas de intervenção, com evidências de precarização dos sistemas de informação (BAZON, 2008) e atendimento, o que inviabiliza a formulação de uma política integral que efetive os direitos humanos desse segmento populacional.

A superação desses obstáculos exige uma ação integrada da esfera pública, especialmente no âmbito municipal. A criação e manutenção de uma matriz intersetorial georefenciada de indicadores, caracterizada por tipologia das violências, perfil das vítimas, agressores e serviços da rede acionados, é um instrumento estratégico à discussão qualitativa sobre os impactos, expressões e formas de enfrentamento ao fenômeno, com os atores do Sistema de Garantia de Direitos, e precisa ser incorporado à gestão dos municípios. A qualificação do atendimento na construção de linhas de cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência é outra iniciativa necessária, articulando esforços e redes intersetoriais.

Esse conjunto de ações incidente sobre as consequências da violência, geradora de danos incomensuráveis às vidas das vítimas, tem seu mérito e legitimidade indiscutíveis. Entretanto, a complexidade da qual se reveste o fenômeno demanda ações em diversos níveis de gestão do estado: estrutural, para promoção da saúde e redução da pobreza e da desigualdade, políticas de desenvolvimento, de trabalho e renda, políticas relacionadas às armas de fogo, álcool e drogas; no âmbito da atenção e proteção dos grupos mais vulneráveis e incluindo ações, como estímulo à permanência na escola, e na atuação com vítimas da violência com prevenção de sequelas e qualificação do atendimento (MARTINS; JORGE, 2009).

Nessa direção, a responsabilidade cívica do Estado e da sociedade não se esgota no investimento em programas de proteção e cuidado, que parecem ser prioritários nas políticas de governo, em detrimento das mudanças necessárias para a consolidação de uma nação que efetive os direitos de cidadania como política de Estado. Somente uma nação soberana, que reconheça e faça cumprir os direitos de cidadania desde a tenra infância poderá conquistar um legado do qual não se envergonhe nem se arrependa, realidade ainda muito distante dos cidadãos brasileiros.

Essa perspectiva de totalidade, na qual a realidade pode ser analisada de forma crítica, aproxima-se do conceito de integralidade da saúde, em que o circuito promoção, prevenção, recuperação e reabilitação opera e deve ser ofertado de forma contínua e de acordo com as necessidades de saúde da população.

Enquanto as desigualdades persistirem, a começar pelas iniquidades sociais, assumindo contornos perversos em suas inscrições de classe social, geracionais, de gênero e raça, estar-se-á, como sociedade, perpetrando as violações de direitos, especialmente aos grupos mais vulneráveis, nos quais se incluem as crianças e adolescentes, portanto, o presente e o futuro da civilização. ■

Referências

ARIÉS, P. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981.

ARKS, S. P. Economic sanctions as human rights violations: reconciling political and public health imperatives. In: GRUSHIN, S. *et al*. *Perspectives on health and human rights*. Great Britain: Routledge, 2005, p. 367-378.

ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P.; AVANCI, J. (Org.). *Impactos da violência na escola:* um diálogo com professores. Rio de Janeiro: Ministério da Educação: Fiocruz, 2010.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. *Crianças vitimizadas:* a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 1989.

BARBIANI, R. Cenários e experiências da Universidade na cidade de São Leopoldo: o Conselho da Criança e do adolescente. In: BEMVENUTI, V. L. (Org.). *Cadernos de extensão VI*. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2011. p. 111-24.

BAZON, M. R. Maus-tratos na infância e adolescência: perspectiva dos mecanismos pessoais e coletivos de prevenção e intervenção. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 maio 2013.

_____. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 323-32, 2008. Disponível em: <http://www. scielosp.org/pdf/csp/v24n2/10.pdf>. Acesso em: 11 maio 2013.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: <www.planalto.gov.br/civil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 maio 2013.

_____. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ leis/l8069.htm>. Acesso em: 10 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ publicacoes/ agenda_portugues_montado.pdf>. Acesso em: 11 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial [da] União,* Brasília, DF, 18 maio 2001. Seção IE.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 936, de 18 de maio de 2004. Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. *Diário Oficial [da] União,* Brasília, DF, n. 96, Seção 1, 20 maio. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html>. Acesso em: 20 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e famílias em situação de violências:* orientações para profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva:* vigilância de violências e acidentes 2008 e 2009. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva:* vigilância de violências e acidentes, 2009, 2010 e 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 164 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan – Brasil, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_numero_9_2013.pdf.>. Acesso em: 23 out. 2013.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. *Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária*. Brasília, DF: CONANDA, 2006. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/programas/pdf/plano-nacional-de-convivencia-familiar-e.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

BRICEÑO-LEÓN, R. Violencia interpersonal: salud pública y gobernabilidad. In: MINAYO; M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.). *Críticas e atuantes.* Ciências Sociais e Humanas na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 649-63.

BUJES, M. I. E. *Infância e maquinarias.* Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. Jovens em situação de pobreza, vulnerabilidades sociais e violências. *Cadernos de Pesquisas,* São Paulo, n. 116, p. 143-76, 2002.

COSTA, J. F. *O vestígio e a aura:* corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamont, 2004.

CRAIDY, C. M.; GONÇALVES, L. L. *Medidas socioeducativas:* da repressão à educação. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2005.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 11, p. 1163-1177, 2006.

DUQUE, L. F. *et al.* Lecciones del programa de prevención temprana de la violencia, Medellín, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Publica,* Medellín, v. 21, n. 1, p. 21-29, 2007. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/a03v21n1.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2013.

FONSECA, D. M. O discurso de proteção e as políticas sociais para infância e juventude. *Revista Jurídica,* Brasília, DF, v. 9, n. 85, p. 73-83, 2007. Disponível em: <http://www.planalto. gov.br/ccivil_03/revista/Rev_85/Artigos/PDF/DirceMendes_Rev85.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2013.

FONTAINE, N. S.; TORRE, D. L.; GRAFWALLNER, R. Effects of quality early care on school readness skills of children at risck. *Early Child Development and Care,* [S.l.], v. 176, n. 1, p. 99-109, 2006.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA (UNICEF). *Situação mundial da infância 2011:* adolescência: uma fase de oportunidades. 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2013.

GROPPO, L. A. Condição Juvenil e modelos contemporâneos de análise sociológica das juventudes. In: SOUSA, J. T. P.; GROPPO, L. A. *Dilemas e contestações das juventudes no Brasil e no mundo.* Florianópolis: UFSC, 2011. p. 11-29.

LIRA, D. N. Políticas públicas para a infância e juventude: uma análise a partir da reforma estatal dos anos 90. *Revista Brasileira de Políticas Públicas,* Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 225-57, 2011. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ceH__Im QDTcJ:www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/RBPP/article/download/1296/1276+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk>. Acesso em: 5 abr. 2013.

LOBATO, G. R.; MORAES, C. L.; NASCIMENTO, M. C. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.

php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2013.

LOVE, J. M.; SCHOCHET, P. Z.; MECKSTROTH, A. L. Investing in Effective Childcare and Education: Lessons from Research. In: YOUNG, M. E. *Investing in our children's future*. Washington, DC: The World Bank, 2002. p. 145-94.

MACHADO, F. R. Algumas interfaces do direito à saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). *Cidadania no cuidado:* o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC, 2011. p. 85-102.

MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. P. M. Desfecho dos casos de violência contra crianças e adolescentes no poder judiciário. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 800-7, 2009.

MERCY, J. A. *et al*. Public health policy for preventing violence. In: BEAUCHAMP, D. E.; STEINBOCK, B. *New ethics for the public's health*. New York: Oxford, 1999. p. 188-99.

MINAYO, M. C. S. *Bibliografia comentada da produção brasileira sobre violência e saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1990.

_____. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 646-47, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/01.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

_____. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 11, p. 1259-1267, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sc>. Acesso em: 25 abr. 2013.

_____. *Violência sob o olhar da saúde:* a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2013.

MOORE, M. H. Violence prevention: criminal Justice or Public Health? In: BEAUCHAMP, D. E.; STEINBOCK, B. *New ethics for the public's health*. New York: Oxford, 1999. p. 200-206.

MOURA, A. T. M. S.; MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2013.

PESCE, R. Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: uma revisão da literatura. *Ciência Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 507-8, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200019>. Acesso em: 30 abr. 2013.

REICHENHEIM, M. E. *et al*. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made and challenges ahead. *The Lancet*, London, v. 377, n. 9781, p. 1962-75, jun. 2011.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. esp., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=>. Acesso em: 24 out. 2013.

SOARES, L. E. Juventude e violência no Brasil contemporâneo. In: NOVAES, R.; VANNUCHI, P. (Org.). *Juventude e sociedade:* trabalho, educação, cultura e participação. São Paulo: Instituto Cidadania: Fundação Perseu Abramo, 2004, p. 130-59.

WAISELFISZ, J. J. *Mapa da violência 2011:* os jovens do Brasil. Brasília, DF: Ministério da Justiça: Instituto Sangari, 2011.

_____. *Mapa da violência 2012:* os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2011.

WESTPHAL, M. F.; BYDLOWSKI, C. R. (Org.). *Violência e juventude*. São Paulo: Hucitec, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Regional Office for Europe. *International policy dialogue on youth and knife violence.* Report of a WHO meeting supported and hosted by the Department of Health. London, UK, 2010.

_____. Global Consultation on Violence and Health. *Violence:* a public health priority. Geneva: WHO, 1996. Disponível em: <www.who/eha/spi.poa.2>. Acesso em: 13 mar. 2013.

Recebido para publicação em dezembro de 2013
Versão final em setembro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência

Implementation of e-SUS AB in Sanitary District IV of João Pessoa (PB): experience report

Ana Eloísa Cruz de Oliveira[1], Isis Milane Batista de Lima[2], João Agnaldo do Nascimento[3], Hemílio Fernandes Campos Coelho[4], Sérgio Ribeiro dos Santos[5]

RESUMO Os sistemas de informação têm o propósito de auxiliar os gestores nas tomadas de decisões. O e-SUS AB facilita e contribui para a organização do trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Básica. O presente artigo tem o objetivo de apresentar o processo de implantação e desenvolvimento do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB), em 2014. Trata-se de um estudo descritivo, na forma de relato de experiência, o qual aponta as dificuldades e qualidades do sistema. Conclui-se que os esforços para reestruturação do sistema só serão efetivos com o apoio dos envolvidos na implantação, na utilização e no aprimoramento do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (Sisab) e da estratégia e-SUS AB.

PALAVRAS-CHAVE Sistemas de informação; Atenção Primária à Saúde; Gestor de saúde.

ABSTRACT *Information systems are intended to assist managers in decision making. The e-SUS AB facilitates and contributes to the organization of the work of health professionals in Primary Care. This article aims to present the process of implementation and development of the e-SUS AB in the Health District IV of João Pessoa (PB), in 2014. This is a descriptive study, in the form of experience report, which points out the difficulties and qualities of the system. We conclude that efforts to the restructuring of the system will only be effective with the support of those involved with the implementation, the use and improvement of the Information System of Primary Health Care (Sisab) and the strategy e-SUS AB.*

KEYWORDS *Information systems; Primary Health Care; Health manager.*

[1] Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. *elocruz17@hotmail.com*

[2] Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. *isismilane@hotmail.com*

[3] Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Departamento de Estatística, Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – João Pessoa (PB), Brasil. *joaoagh@gmail.com*

[4] Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Departamento de Estatística, Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – João Pessoa (PB), Brasil. *hemilio@gmail.com*

[5] Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão em Saúde – João Pessoa (PB), Brasil. *srsantos207@gmail.com*

 DOI: 10.1590/0103-1104201610917

Introdução

A informação possui um papel estratégico dentro dos processos de tomada de decisão, no entanto, ainda é possível observar a existência de diversas dificuldades em acessar e tratar os dados de forma adequada, disponibilizando informações necessárias no processo de trabalho em saúde, em momento oportuno, bem como a falta de articulação que há entre os processos de planejamento e gestão da saúde com os próprios sistemas de informação (VASCONCELLOS *ET AL.*, 2002).

Os sistemas de informação em saúde objetivam processar, armazenar, coletar e disseminar dados, auxiliando a gestão e possibilitando o aprimoramento das ações por ela desenvolvidas, uma vez que são capazes de oferecer suporte ao processo decisório em saúde (MARIN, 2010; CAVALCANTE; SILVA; FERREIRA, 2011). Para auxiliar os profissionais no planejamento, bem como na tomada de decisões relacionadas à gerência e à assistência aos pacientes, os sistemas devem disponibilizar informações adequadas, potencializar a comunicação e promover a segurança necessária no ambiente organizacional (CAVALCANTE *ET AL.*, 2012).

Além disso, quando o sistema é utilizado de forma adequada, também pode promover a redução da dependência de papéis, principalmente, quando pode contar com um aparato tecnológico capaz de converter para a forma eletrônica as informações necessárias para o processo de trabalho, promovendo melhorias na atuação dos profissionais da saúde e, ainda, gerando redução de custos para a gestão (GUTIERREZ, 2011).

Logo, a informação é capaz de promover a aceleração do processo de identificação de problemas e de potencializar a resolubilidade das situações que venham a se apresentar, nos mais diversificados cenários. Inclusive, a informática se tornou o meio mais eficaz de disseminação dessa informação. Assim, reconhece-se a importância da informação e da informática no apoio à gestão do trabalho em saúde de forma cada vez mais significativa (BRASIL, 2012).

Desse modo, por meio da implantação de um sistema de informação em saúde, possibilita-se a comunicação entre profissionais e gestores, permitindo discussões, relacionamentos múltiplos, além de minimizar o impacto das barreiras culturais, da infraestrutura física e da distância, maximizando a troca de informações e a aquisição de conhecimentos que possam elevar a qualidade do cuidado prestado à população (SILVA, 2012).

Além disso, junto com a sociedade, os sistemas de informação em saúde também evoluem rapidamente. Com o surgimento das inovações tecnológicas, evoluem os conceitos, as formas de armazenamento, processamento e disseminação da informação, para que possam ser utilizadas da melhor forma possível pelos diversos públicos, diminuindo suas formas fragmentadas, algo ainda muito presente na realidade do Brasil (BRASIL, 2009).

Nessa perspectiva, o compromisso de reestruturar o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) foi assumido pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), com o propósito de melhorar a qualidade da informação em saúde, otimizando o uso dessas informações pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos. Essa reestruturação é orientada por meio de diretrizes alinhadas com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o Programa Saúde na Escola (PSE), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), o Plano Estratégico de e-Saúde no Brasil e a integração aos sistemas de informação que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2014B).

Assim, com o intuito de desenvolver, reestruturar e garantir a integração dos sistemas de informação, de modo a permitir um

registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde, surge a estratégia e-SUS AB, do MS (BRASIL, 2013). O ponto inicial dessa estratégia é o registro das informações em saúde de forma individualizada, para que seja possível realizar um futuro acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário, assim como da produção de cada profissional da Atenção Básica (AB). O e-SUS AB ainda traz consigo a integração dos diversos sistemas de informação oficiais existentes na AB, reduzindo a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento (fichas/sistemas), o que otimiza o trabalho dos profissionais, o uso da informação para a gestão e qualificação do cuidado em saúde (BRASIL, 2014A).

O período de transição do Siab para alimentar o novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (Sisab) iniciou-se a contar da data de publicação da Portaria GM/MS nº 1412, de 10 de Julho de 2013, com duração de um ano. No entanto, em virtude do andamento das implantações do e-SUS AB nos municípios brasileiros, surgiu a necessidade de adequação desse prazo de transição, na 5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), realizada no dia 31 de Julho de 2014, e, com isso, tornou-se obrigatório o envio de informações para a base de dados do Sisab, a partir da competência de junho de 2015, sendo tais dados exportados até o final do mês de julho de 2015 (BRASIL, 2014B).

A implantação do e-SUS AB representa um importante avanço na qualificação e no uso da informação registrada durante as ações de saúde desenvolvidas na AB. Como em todo momento de mudança, há um período inicial mais crítico até que os novos fluxos e instrumentos utilizados sejam incorporados na rotina dos profissionais das equipes de saúde. Desde a instituição do Sisab, em julho de 2013, muitos municípios já avançaram nessa implantação, porém, outros ainda necessitam de suporte e/ou de um acompanhamento mais próximo, considerando que o Siab deixará de existir e que há a necessidade de acelerar a implantação do e-SUS AB, de modo que as equipes possam adequar seus processos de trabalho antes do prazo final da transição, garantindo a consistência e a qualidade das informações que subsidiarão a produção dos indicadores de saúde e das demais ferramentas de gestão da informação (BRASIL, 2014A).

Portanto, o presente artigo tem o objetivo de apresentar a experiência das autoras no processo de implantação e desenvolvimento do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV (DS IV) do município de João Pessoa, na Paraíba, pontuando aspectos do processo e esperando subsidiar a reflexão sobre a implantação de um novo modelo de sistema de informação, promovendo um melhor desenvolvimento do mesmo e otimizando sua utilização nos municípios que estão implantando ou ainda implantarão o e-SUS AB.

Relato da experiência

O nome e-SUS AB faz referência a um SUS eletrônico, cujo objetivo é facilitar e contribuir para a organização do trabalho dos profissionais de saúde, elemento decisivo para a qualidade da atenção à saúde prestada à população. Os frutos dessa nova estratégia são o Sisab e um novo *software*, o e-SUS AB, que possui duas versões: o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e a Coleta de Dados Simplificada (CDS) (BRASIL, 2013).

A diferença básica entre as versões existentes é que o PEC permite que o profissional possa inserir as informações de atendimento no momento em que está realizando a consulta, o procedimento ou até mesmo uma visita domiciliar. Já o CDS utiliza oito impressos: ficha de atendimento individual, ficha de atendimento odontológico, ficha de procedimentos, ficha de cadastro individual, ficha de cadastro domiciliar, ficha de visita domiciliar, ficha de atividade coletiva e ficha

de marcadores de consumo alimentar. Ao realizar o atendimento, cada profissional preenche a ficha destinada para o tipo de ação desenvolvida, envia ao DS para que possa ser digitada, alimentando o sistema, para, assim, retornar ao serviço, onde poderá ser arquivada.

A partir do mês de outubro de 2013, foram realizadas reuniões das referências da gestão da informação nos cinco DS, juntamente com a Gerência de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, com o intuito de implantar o e-SUS AB em João Pessoa (PB).

Após ampla discussão sobre o novo Sistema de Informação da Atenção Básica, teve início o processo de implantação, com o cadastro do gestor no sistema de controle de uso do e-SUS AB e a identificação dos recursos disponíveis, para que se pudesse escolher o sistema a ser implantado. Com base nesse levantamento da capacidade tecnológica disponível na Secretaria Municipal de Saúde e nas Unidades de Saúde da Família (computadores, impressoras, internet, ambientes etc.), a indicação do sistema a ser adotado foi a Coleta de Dados Simplificada (CDS). Embora o e-SUS AB tenha a versão PEC, a versão CDS foi escolhida em João Pessoa (PB), pelo menos até que o município possa se estruturar de forma adequada para a instalação do PEC em todas as Unidades de Saúde, o que requer mais tempo e investimentos.

Com as informações do sistema de controle de uso do e-SUS AB, o CDS foi instalado nos cinco DS e na Secretaria de Saúde, já que ele precisa, obrigatoriamente, de uma instalação centralizadora municipal ou PEC para transmitir dados para a base federal. Mesmo com o uso do CDS, a estratégia avança ao permitir a entrada dos dados orientada pelo curso natural do atendimento, e não focada na situação-problema de saúde. A entrada de dados individualizada por cidadão abre caminho para a gestão do cuidado e para a aproximação desses dados ao processo de planejamento da equipe.

Assim, seguindo o processo de implantação, foi elaborado um cronograma de capacitação e sensibilização dos profissionais da AB. Cada distrito planejou e executou um ciclo de capacitações para a utilização do e-SUS AB e capacitação dos profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, auxiliares em saúde bucal e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que foram divididos em turmas, de acordo com a categoria profissional e o quantitativo de pessoas. Foram momentos de exposição de todas as fichas que seriam utilizadas pelos profissionais, sendo cada campo explicado de forma detalhada. Nessa ocasião, os participantes tiveram a oportunidade de esclarecer dúvidas existentes e também foram distribuídos manuais do e-SUS AB para cada equipe de saúde. Os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) também tiveram um momento de capacitação, já que os mesmos utilizarão o e-SUS AB em suas atividades.

Após a finalização das capacitações realizadas durante o mês de abril de 2014, foi realizada a distribuição das fichas em cada unidade de saúde, para que, em maio de 2014, as Unidades de Saúde do DS IV pudessem trabalhar com o novo sistema.

Assim, com o uso das fichas, foi necessário realizar o cadastro dos usuários de cada território. Essa estratégia de cadastramento foi desenhada para ser implantada de maneira gradual. Ao mesmo tempo que os ACS realizavam o cadastro, os demais profissionais da equipe desenvolviam suas ações. Lembrando que, durante todo esse processo, foi essencial sensibilizar os usuários quanto à importância do Cartão Nacional de Saúde (CNS), uma vez que a identificação do registro nos atendimentos por meio do CNS permite uma efetiva ordenação e uma gestão do cuidado do cidadão, além da possibilidade de compartilhamento de informações com outros serviços de saúde.

Alguns sistemas de informação utilizados pela AB foram desativados com a chegada do e-SUS AB, que, por sua vez, veio integrá-los,

como foi o caso do Siab, do Hiperdia e do Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (Sisvan), com projetos de integrar também o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (Sisprenatal) em futuras atualizações. Foram retirados das unidades impressos que não seriam mais utilizados pelas equipes, e os digitadores responsáveis pelos sistemas desativados formaram a equipe de digitadores responsáveis pela alimentação do e-SUS AB.

Assim, com o início da implantação do e-SUS, as dúvidas foram surgindo com relação à utilização das fichas e puderam ser esclarecidas por meio de um guia ou manual distribuído na capacitação, de telefonemas dos profissionais das equipes e dos apoiadores ao DS IV e da presença da referência da gestão da informação em visitas técnicas às unidades, assim como em algumas reuniões de equipe. À medida que as fichas chegavam ao DS IV para digitação, também era possível detectar variados erros de preenchimento, alguns que até impediam a digitação por se tratar de campos obrigatórios no sistema.

Em decorrência desse fato, foram elaborados dois impressos, e com esses instrumentos tornou-se possível sinalizar para as equipes as fichas do e-SUS AB que foram digitadas com êxito, e que já poderiam ser arquivadas no serviço, e aquelas que possuíam alguma pendência a ser resolvida, para que a mesma pudesse ser solucionada e a ficha pudesse retornar ao DS IV para ser inserida no sistema com sucesso. Ambos foram apresentados aos demais DS em reunião na Secretaria Municipal de Saúde, padronizando o instrumento para todos os outros distritos.

O início da alimentação do sistema ocorreu de forma lenta pelos seguintes motivos:

Iniciar a utilização das fichas com um quantitativo de impressos insuficiente frente à necessidade de cada equipe de saúde;

Ser um período de adaptação para os digitadores;

Encontrar erros nas fichas enviadas pelos profissionais das Unidades de Saúde;

Alguns computadores apresentarem problemas técnicos, necessitando de reparos.

Todas as dificuldades enfrentadas durante a implantação foram relatadas no relatório solicitado pela Diretoria de Atenção Básica, para que o desempenho do sistema pudesse ser otimizado.

Logo, a primeira exportação de dados no DS IV foi realizada no dia 29 de maio de 2014, sendo constatada deficiência na oferta de dados presentes no único relatório gerado pelo sistema, que era composto apenas pela quantidade de fichas digitadas por máquina, divididas apenas pelos tipos de fichas.

Nos meses seguintes, foi observado que o DS IV já estava com um quantitativo suficiente de fichas fornecidas pela Secretaria de Saúde, seus digitadores já estavam adaptados ao funcionamento do e-SUS AB, os computadores foram reparados, sendo alguns substituídos por novos, e os erros cometidos pelos profissionais no preenchimento das fichas foram diminuindo de forma significativa.

Algo que passou a constituir uma situação problema foi a demanda reprimida de fichas para digitação. Com a implantação e com todos os ACS realizando o cadastramento das suas áreas, o número de fichas que chegava ao setor de digitação acabou sendo maior que o número de fichas que eram digitadas e encaminhadas de volta aos serviços, principalmente quando em concomitância com as fichas de atendimentos, procedimentos, visitas domiciliares e atividades coletivas.

Por ser uma dificuldade não só do DS IV, mas de todos os distritos de João Pessoa, foi realizado um plano operativo para dar vazão às fichas de cadastramento, no qual os DS puderam formar grupos de pessoas para auxiliar em uma digitação extra, feita com o apoio da Universidade Federal da Paraíba, que cedeu o laboratório de informática do Centro de Ciências da Saúde para que tal

atividade fosse desenvolvida, resultando em uma importante contribuição no processo de diminuição da demanda reprimida de fichas a digitar.

Atualmente, as maiores limitações que o sistema apresenta são a impossibilidade de edição de dados já digitados e exportados no e-SUS AB e a escassez de dados fornecidos no relatório de exportação, que ainda não passou por nenhuma modificação significativa que fizesse com que o mesmo ofertasse uma maior quantidade de dados da situação de saúde dos territórios, não oferecendo ferramentas necessárias para o processo de monitoramento e processamento de dados pelos gestores e, consequentemente, dificultando o processo de planejamento e avaliação de ações realizadas na AB, tanto no âmbito do DS IV como no da Secretaria Municipal de Saúde.

Espera-se que, em breve, nas próximas atualizações do e-SUS AB, as limitações possam ser resolvidas ou amenizadas, melhorando seu processo de utilização, favorecendo o processo de gestão da informação na AB de João Pessoa e elevando ainda mais a qualidade dos serviços de saúde ofertados pelo SUS.

Considerações finais

Com o passar dos anos, com as transformações que a sociedade sofre e as mudanças apresentadas pela situação de saúde da população, faz-se necessário que os sistemas de informação em saúde acompanhem toda essa dinâmica realidade, sendo modificados, aprimorados e modernizados com base nas inovações tecnológicas cada vez mais avançadas e presentes na gestão da informação.

O processo de implantação de um sistema de informação é complexo, principalmente quando é necessário realizar a transição de sistemas já utilizados há muitos anos para um novo sistema que traz consigo uma nova proposta de utilização, com ferramentas diferenciadas.

É notório que todos os esforços de reestruturação do sistema só serão completos e efetivos com o envolvimento real dos gestores, dos profissionais de saúde e dos trabalhadores do SUS na implantação, na utilização e no aprimoramento do Sisab e da estratégia e-SUS AB, uma vez que esse é um processo contínuo, que exige tempo e muitos estudos para que possa ser, na prática, tudo aquilo que foi idealizado na teoria, em seus manuais, adaptando-se da melhor forma a cada realidade, principalmente quando se trata de um território diversificado como o Brasil, com tantas particularidades.

Em João Pessoa (PB), a reestruturação dos sistemas de saúde na AB junto ao e-SUS AB está avançada e, embora seja algo novo, já mostrou benefícios no processo de trabalho dos profissionais envolvidos, principalmente na diminuição da quantidade de impressos utilizados nos registros de atendimentos e procedimentos realizados por cada um. Apesar de ainda apresentar limitações, como é o caso da impossibilidade de edição das informações já alimentadas no sistema e o fato de possuir um relatório que pouco oferece subsídios para monitoramento da situação de saúde dos territórios, espera-se que seja algo resolvido com o surgimento das futuras versões do sistema.

Tal relato de experiência foi realizado com o intuito não simplesmente de expor o processo de implantação do e-SUS AB em João Pessoa (PB), mas, também, de servir de base no processo de implantação do sistema em outros municípios e de conhecimento de gestores, profissionais e da população em geral, uma vez que a temática ainda se faz pouco presente na literatura, já que diz respeito a um sistema de informação recentemente criado e utilizado. ■

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde.* Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. *Política de Informação e Informática em Saúde.* Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *e-SUS AB Atenção Básica:* Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_cds.pdf>. Acesso em: 9 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *e-SUS AB Atenção Básica:* Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS. Brasília, DF, 2014a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_ESUS_1_3_0.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Nota técnica DAB/SAS/MS:* Esclarecimentos e orientações sobre a estratégia e-SUS AB. Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_prorrogacao_eSUS-AB.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2015.

CAVALCANTE, R. B.; SILVA, P. C.; FERREIRA, M. N. Sistema de informação em saúde: possibilidades e desafios. *Revista Enfermagem da UFSM,* Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 290-9, 2011.

CAVALCANTE, R. B. *et al.* Sistema de Informação Hospitalar: utilização no processo decisório. *J. Health Inform.*, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 73-9, 2012.

GUTIERREZ, M. A. Sistemas de informação hospitalares: progressos e avanços. *J. Health Inform.,* São Paulo, v. 3, n. 2, p. 17-23, 2011.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *J. Health Inform.,* São Paulo, v. 2, n. 1, p. 24-8, 2010.

SILVA, L. M. *Sistema de Informação:* instrumento para qualificação da gestão do relatório de auditoria médica. 2012. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Porto Alegre, 2012.

VASCONCELLOS, M. M.; MORAES, I. H.; CAVALCANTE, M. T. L. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias da informação. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 219-235, 2002.

Recebido para publicação em outubro de 2015
Versão final em maio de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Diagramação e editoração eletrônica
Layout and desktop publishing

Rita Loureiro
ALM Apoio à Cultura - www.apoioacultura.com.br

Design de Capa
Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização e revisão de texto
Normalization and proofreading

Ana Karina Furginelli (inglês)
Ana Luisa Moreira Nicolino (inglês)
Angela Almanza (espanhol)
Annabella Blyth (inglês)
Carla de Paula (português)
Cristina Antunes (inglês)
Elizabeth Bonfati (inglês)
Frederico Azevedo (normalização)
Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês)
Lucas Rocha (normalização)
Luiza Nunes (normalização)
Simone Basílio (português)
Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

Tiragem
Number of Copies

1.300 exemplares/*copies*

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²
Miolo em papel Offset LD 90 g/m²

Cover in ensocoat LD 250 g/m²
Core in Offset LD 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes – n.1 (1976) – São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2016.

v. 40. n. 109; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br www.saudeemdebate.org.br