# saúde
## EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 40, NÚMERO 110
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 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*

História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)
Scientific Electronic Library Online (SciELO)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

# saúde
## EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 40, NÚMERO 110
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 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 110
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2016

5 **EDITORIAL** | *EDITORIAL*

**ARTIGO ORIGINAL** |
*ORIGINAL ARTICLE*

9 **Realocar a oferta do SUS para atender problemas do futuro: o caso do trauma no Brasil**
*Reallocating the Unified Health System's supply to face attend future problems: the case of traumatology in Brazil*
Luisa Regina Pessôa, Isabela Soares Santos, Juliana Pires Machado, Ana Cristina Marques Martins, Claudia Risso de Araujo Lima

20 **Cobertura de mamografias, alocação e uso de equipamentos nas Regiões de Saúde**
*Mammograms coverage, allocation and use of equipment in the Health Regions*
Diego Ricardo Xavier, Ricardo Antunes Dantas de Oliveira, Vanderlei Pascoal de Matos, Francisco Viacava, Carolina de Campos Carvalho

36 **O Orçamento por Desempenho como ferramenta para gestão e avaliação da política de saúde no município de São Bernardo do Campo, no período 2006 a 2012**
*The Budget for Performance as a tool for management and evaluation of health policy in the municipality of São Bernardo do Campo, from 2006 to 2012*
José Alexandre Buso Weiller, Áquilas Nogueira Mendes

53 **Programa Pesquisa para o SUS: desafios para aplicabilidade na gestão e serviços de saúde do Ceará**
*Research Program for SUS: challenges for applicability in management and health services in Ceará*
Rebeka Rafaella Saraiva Carvalho, Maria Salete Bessa Jorge, Mauro Serapioni, Jamine Borges de Morais, Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha

64 **O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão**
*Work Process in Primary Health Care: evaluation of management*
Karine Cardoso Fontana, Josimari Telino de Lacerda, Patrícia Maria de Oliveira Machado

81 **O pensamento dos gestores municipais sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS**
*The thought of municipal managers about the ombudsman as a potential tool of participatory management of the SUS*
Raelma Paz Silva, Elizabeth Alves de Jesus, Luciani Martins Ricardi, Maria Fátima de Sousa, Ana Valéria Machado Mendonça

95 **O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores**
*The Support Center for Family Health in Goiania (GO): perceptions of professionals and managers*
Jéssica Félix Nicácio Martinez, Maria Sebastiana Silva, Ana Márcia Silva

107 **Continuidade Assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco**
*Care Continuity to women with cervical cancer in health care networks: case study, Pernambuco*
Maria Rejane Ferreira da Silva, João Paulo Reis Braga, José Fernando do Prado Moura, Jurema Telles de Oliveira Lima

120 **A resistência como analisador da saúde mental em Campinas (SP): contribuições da Análise Institucional**
*Resistance as mental health analyzer in Campinas (SP): contributions of Institutional Analysis*
Daniel Vannucci Dobies, Solange L'Abbate

134 **Vivências de ser trabalhador na agroindústria avícola dos usuários da atenção à saúde mental**
*Life experiences as workers in poultry agribusiness of users of mental health care*
Leila de Fátima Machado, Neide Tiemi Murofuse, Julia Trevisan Martins

148 **Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado**
*The use of psychotropic drugs in psychosocial care: an analysis in the light of care management*
Indara Cavalcante Bezerra, Jamine Borges de Morais, Milena Lima de Paula, Tatiana Maria Ribeiro Silva, Maria Salete Bessa Jorge

162 **Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares**
*Religion and mental disorders in the perspective of health professionals, psychiatric patients and their families*
Amanda Márcia dos Santos Reinaldo, Raquel Lana Fernandes dos Santos

172 **Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família**
*Overload degree of caregivers of elderly assisted at home by the Family Health Strategy*
Emanoel Avelar Muniz, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, Eliany Nazaré Oliveira, Maria Ribeiro Lacerda

183 **A (re)organização do núcleo de cuidado familiar diante das repercussões da condição crônica por doença cardiovascular**
*The (re)organization of the family care center after facing the impact of the chronic situation of a cardiovascular disease*
Pollyana Alves Colman de Azevedo, Closeny Maria Soares Modesto

195 **Percepção da mãe ou cuidador de crianças asmáticas sobre os resultados do tratamento**
*Perception of mothers or caregivers of children with asthma on treatment outcomes*
Vanessa Cruz Miranda, Luciana Araújo dos Reis, Karla Cavalcante Silva de Morais, Juliana Barros Ferreira, Tarcísia Castro Alves

208 **Trabalho feminino, políticas familiares e discursos pró-aleitamento materno: avanços e desafios à equidade de gênero**
*Women´s work, family policies and pro-breastfeeding discourses: advances and challenges to gender equity*
Irene Rocha Kalil, Adriana Cavalcanti de Aguiar

**ENSAIO** | *ESSAY*

224 **O sertão na saúde e na formação de trabalhadores setoriais: contextos, atores e ideologias (1920-1970)**
*The backcountry in the health and the training of sector workers: contexts, actors, and ideologies (1920-1970)*
Carlos Henrique Assunção Paiva

REVISÃO | *REVIEW*

234 **Controle ético de pesquisas cujos resultados tenham alto risco para a saúde da população**
*Ethical control of researches whose results offer high risk to the health of the population*
Sandra Ceciliano de Souza Veloso, Thiago Rocha da Cunha, Volnei Garrafa

244 **A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática**
*Physical and mental health of medical professionals: a systematic review*
Mariana Evangelista Gracino, Ana Laura Lima Zitta, Otávio Celeste Mangili, Ely Mitie Massuda

264 **Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada**
*Access and equity in health services: a structured review*
Fernando Passos Cupertino de Barros, Jéssica de Souza Lopes, Ana Valéria Machado Mendonça, Maria Fátima de Sousa

**RESENHA** | *CRITICAL REVIEW*

272 ***L'hôpital en mouvement:* changements organisationnels et conditions de travail**
Edemilson Antunes de Campos

# O cenário depois do golpe

**O ENSAIO DAS ÚLTIMAS DÉCADAS PARA CONSTRUIR NOVAS FORMAS DE DEMOCRACIA,** dando outros significados à igualdade e à liberdade, está ameaçado pelo embate com as elites econômicas e políticas que legitimam o poder do capital em nosso País.

O golpe parlamentar e judiciário ocorrido no dia 31 de agosto de 2016, que afastou em definitivo a presidenta Dilma Rousseff da Presidência da República, marca de forma indelével a sociedade brasileira, ameaça à democracia e deixa uma sombra espessa de incertezas sobre as classes que vivem do trabalho e que reivindicaram, nesses anos, a garantia de direitos sociais fundamentais.

Não se trata apenas de alternância no poder, trata-se da restauração conservadora de um projeto político ultraneoliberal, assumidamente pró-capital, que visa resolver os impasses da lógica compulsiva de acumulação e favorecer os menos de 1% de super-ricos do País. A ortodoxia neoliberal dos anos de 1990 contribuiu para transformar o Brasil em um dos países mais desiguais do mundo, onde uma minoria se apropria vorazmente da riqueza produzida enquanto grandes maiorias são colocadas nos limites da sobrevivência. Se essa equação foi amenizada na última década, por meio de políticas públicas que tiraram o Brasil do mapa mundial da fome (FAO, 2014), os desdobramentos do golpe apontam claramente para um retorno e ampliação das enormes desigualdades que ainda caracterizam a 7ª maior economia do mundo.

Como tem sido indicado insistentemente, o projeto neoliberal pretende transferir o peso da crise nacional de acumulação para os ombros dos trabalhadores. Para isso, retoma mecanismos radicais de exclusão e de marginalização social, materializados em propostas que reduzem direitos (reforma da previdência e estabelecimento do teto de gastos com saúde e educação por 20 anos), ampliam a precarização e a flexibilização das relações de trabalho (reforma trabalhista), hipotecam o futuro das próximas gerações (venda do pré-sal), retrocedendo e deixando à margem uma massa imensa da população.

O argumento de que houve um crescimento exagerado dos gastos primários com saúde (e educação) não se sustenta. O gasto público federal com saúde manteve-se estável entre 2002 (1,66% do PIB) e 2015 (1,69% do PIB), já a participação da saúde nas despesas primárias foi reduzida, passando de 10,5% em 2002 para 8,6% em 2015 (VIEIRA; BENEVIDES; 2016).

Portanto, o grande responsável pelo desequilíbrio das contas públicas não foi e não são as políticas sociais, mas a dívida pública, nunca auditada, que em 2015 consumiu 42,43% do Orçamento Geral da União para o pagamento de juros e amortizações, ao passo que para a saúde foi destinado 4,4% desse orçamento (FATTORELLI; ÁVILA; COLARES, 2016).

Se de fato se pretende equilibrar as contas públicas, não será reduzindo os ínfimos 4,4% do orçamento federal investidos em saúde que, como dissemos, correspondem a apenas 1,69% do PIB, mas interrompendo a transferência de quase metade do orçamento federal para o setor privado, por meio de juros e amortizações. O capital especulativo e o setor privado (supostamente credor do Estado) são os únicos que se beneficiam com a manutenção, pelo Banco Central, dos juros básicos mais altos do mundo, neste momento em 14,25%.

A atual conjuntura brasileira impõe ao campo dos movimentos sociais e das forças progressistas uma ação contundente diante desse projeto e da ameaça da instauração de formas autoritárias de exercício da política. Tentação aberta no cenário internacional em que se observa o

DOI: 10.1590/0103-1104201611000

renascimento de movimentos conservadores na Europa e nos EUA.

O que está em jogo não afeta apenas as nossas aspirações por uma sociedade mais justa, mas os ensaios latino-americanos colocados em prática aqui e em vários países da região nesse início de século. São contra esses ensaios que as elites conservadoras (apoiadas pelos monopólios da indústria transnacionalizada da mídia que controlam a formação da opinião pública) investem cotidianamente. E o fazem, aqui, combatendo as realizações dos princípios e valores definidos na Constituição Federal de 1988, os quais expressam o consenso democrático estabelecido com o fim do regime militar.

Se por um lado, contudo, a atual crise indica o retorno do neoliberalismo (ainda mais agressivo do que foi nos anos 1990), por outro, aponta para possibilidades de retomada do protagonismo dos movimentos sociais que caracterizaram os anos de 1970 e 1980 como anos de luta pela redemocratização e pela ampliação de direitos sociais. Naquele momento, na contramão da conjuntura internacional que colocava em cheque o estado de bem-estar social (lembremos de Margaret Thatcher na Inglaterra, Helmut Kohl na Alemanha e Ronald Reagen nos EUA), os constituintes, impulsionados pelos movimentos sociais, inscreveram na letra da Lei, por exemplo, a saúde como direito de todos e dever do Estado. Agora, também em uma conjuntura internacional adversa, cabe aos movimentos sociais construir um projeto de nação que confirme as conquistas inscritas na Constituição, no qual caibam todos os brasileiros.

O projeto civilizatório que o Brasil merece e deseja é incompatível com os interesses de uma sociedade de mercado total, própria do capital financeiro, especulativo e improdutivo. Será construído a muitas mãos, braços, mentes e corações em um processo de radicalização da democracia.

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

## Referências

FATTORELLI, M. L.; ÁVILA, R.; COLARES, G. Sobraram R$ 480 bilhões no caixa do governo em 2015. Auditoria cidadã da dívida, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.auditoriacidadada.org.br/blog/2016/07/25/sobraram-r-480-bilhoes-no-caixa-do-governo-em-2015/>. Acesso em: 29 set. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ALIMENTAÇÃO E AGRICULTURA (FAO). O Brasil saiu do mapa da fome pelo fruto de uma decisão política, *FAO Brasil*, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <https://www.fao.org.br/bsmfpfdp.asp>. Acesso em: 29 set 2016.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Brasília, DF: Ipea, 2016. (Nota Técnica, 28).

# The scene after the coup

**THE TRIAL OVER THE PAST DECADES TO BUILD NEW FORMS OF DEMOCRACY,** giving other meanings to equality and freedom, is threatened by the clash with the economic and political elites that legitimize the power of capital in our country.

The parliamentary and judicial coup that took place on August 31, 2016, which removed definitively President Dilma Rousseff's from the presidency of the Republic, indelibly marks the Brazilian society, threatens democracy, and leaves a thick shadow of uncertainties over the classes who depend on work and that claimed, over those years, the guarantee of fundamental social rights.

It is not only about alternation in power, it is about the conservative restoration of a ultraneoliberal political project, openly pro-capital, which aims to resolve the impasses of the compulsive accumulation logic and favor the less than 1% super-rich of the country. Neoliberal orthodoxy of the 1990s helped transform Brazil into one of the most unequal countries in the world where a minority voraciously appropriates the wealth produced while great majorities are placed on the edge of survival. If that equation was ameliorated in the last decade, through public policies that removed Brazil from the Hunger Map (FAO, 2014), the developments of the coup clearly point to a return and expansion of the huge inequalities that still characterize the 7th largest economy of the world.

As it has been stated repeatedly, the neoliberal project aims to transfer the weight of the national accumulation crisis onto the shoulders of workers. For that, it recovers radical mechanisms of exclusion and social marginalization, materialized in proposals that reduce rights (pension reform and stagnation of health and education spendings for 20 years), increase the precariousness and the flexibility of labor relations (reform labor), mortgage the future of the next generations (sale of pre-salt), receding and leaving aside a huge mass of the population.

The argument that there was an excessive growth of primary spending on health (and education) does not hold. The federal public health expenditure remained stable between 2002 (1.66% of GDP) and 2015 (1.69% of GDP), while the health participation in primary expenditure was reduced from 10.5% in 2002 to 8.6% in 2015 (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Therefore, the great responsible for the imbalance of public accounts were not and are not social policies, but the public debt, which was never audited, and in 2015 consumed 42.43% of the Union's general budget for the payment of interest and amortization, while for health it was allocated 4.4% of the budget (FATTORELLI; ÁVILA; COLARES, 2016).

If indeed it is intended to balance the public accounts, it will not be by reducing the meager 4.4% of the federal budget invested in health, which, as we said, represents only 1.69% of GDP, but by interrupting the transfer of almost half of the federal budget to the private sector through interest and amortization. Speculative capital and the private sector (presumably creditor of the State) are the only ones who benefit from the maintenance, by the Central Bank, of the highest basic interest of the world at this time in 14.25%.

The current Brazilian situation imposes on the field of social movements and progressive forces a forceful action before this project and the threat of the establishment of authoritarian forms of exercising politics. An open temptation on the international scene in which we

DOI: 10.1590/0103-1104201611000

observe the rebirth of conservative movements in Europe and the USA.

What is at stake affects not only our aspirations for a more just society, but the Latin American trials put into practice here and in several countries in the region early this century. It is against those trials that the conservative elites (supported by the transnationalized media industry monopolies that control the formation of public opinion) invest daily. And the do so, here, fighting the achievements of the principles and values set out in the Federal Constitution of 1988, which express the democratic consensus established with the end of the military regime.

However, if on the one hand the current crisis indicates the return of neoliberalism (even more aggressive than it was in the 1990s), on the other hand, it points to possibilities of recovering the main role of social movements that characterized the years of 1970 and 1980 as years of struggle for redemocratization and expansion of social rights. At that moment, in the opposite direction of the international situation that put in check the welfare state (remember Margaret Thatcher in England, Helmut Kohl in Germany, and Ronald Reagan in the US), the constituents, driven by the social movements, signed in the letter of the Law, for example, health as a right of all and a duty of the State. Now, once again in an adverse international environment, it is up to social movements to build a national project which confirms the achievements in the Constitution, in which all Brazilians must fit.

The civilizing project that Brazil deserves and desires is incompatible with the interests of a total market society, proper of the financial, speculative and unproductive capital. It will be built by many hands, arms, hearts, and minds in the process of radicalization of democracy.

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

## References

FATTORELLI, M. L.; ÁVILA, R.; COLARES, G. Sobraram R$ 480 bilhões no caixa do governo em 2015. Auditoria cidadã da dívida, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.auditoriacidadada.org.br/blog/2016/07/25/sobraram-r-480-bilhoes-no-caixa-do-governo-em-2015/>. Acesso em: 29 set. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ALIMENTAÇÃO E AGRICULTURA (FAO). O Brasil saiu do mapa da fome pelo fruto de uma decisão política, *FAO Brasil*, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <https://www.fao.org.br/bsmfpfdp.asp>. Acesso em: 29 set 2016.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. S. *Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Brasília, DF: Ipea, 2016. (Nota Técnica, 28).

# Realocar a oferta do SUS para atender problemas do futuro: o caso do trauma no Brasil

## *Reallocating the Unified Health System's supply to face attend future problems: the case of traumatology in Brazil*

Luisa Regina Pessôa[1], Isabela Soares Santos[2], Juliana Pires Machado[3], Ana Cristina Marques Martins[4], Claudia Risso de Araujo Lima[5]

**RESUMO** Este artigo analisa o perfil dos recursos físicos de saúde disponíveis no Brasil, utilizando o exemplo do trauma de alta complexidade para subsidiar o debate da reorganização da rede de serviços de saúde. Utilizou-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de 2013. Identificou-se que há insuficiência quantitativa e baixa oferta na distribuição geográfica de leitos de Unidades de Terapia Intensiva, de hospitais de grande porte e das oito estruturas exigidas pelo Ministério da Saúde para habilitação dos estabelecimentos ao atendimento do trauma de alta complexidade. A aquisição de uma estrutura nos estabelecimentos que já possuem as outras sete aumentaria esta oferta de 30 para 80 do número de municípios com atendimento ao trauma de alta complexidade.

**PALAVRAS-CHAVE** Alocação de recursos para a atenção à saúde. Regionalização. Assistência hospitalar. Centros de traumatologia.

**ABSTRACT** *This paper examines the profile of physical health resources available in Brazil so to support the debate of the reorganization of the health service network, using as example the case of highly complex trauma. Data were retrieved from the 2013 version of the National Register of Health Establishments. Quantitative failure and poor geographical distribution were identified in the provision of large hospitals and beds in intensive care units, as well as the eight structures required by the Ministry of Health to licensing establishments to operate high complexity trauma. The acquisition of one structure by the establishments that already carry the seven other ones would increase from 30 to 80 the number of municipalities offering high complexity trauma care.*

**KEYWORDS** *Health care rationing. Regional health planning. Hospital care. Trauma centers.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) , Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *luisareginapessoa@hotmail.com*

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *isantos@ensp.fiocruz.br*

[3] Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *juliana.machado@ans.gov.br*

[4] Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *ana.martins@ans.gov.br*

[5] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Cadernos de Saúde Pública (CSP) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *claudia.risso@gmail.com*

## Introdução

O objetivo deste artigo foi mapear e analisar o perfil dos recursos físicos de saúde existentes no Brasil e usar como exemplo o caso dos recursos para o atendimento do trauma de alta complexidade, com vistas a subsidiar o debate acerca das alternativas de investimentos para a reorganização da rede de serviços de saúde, ante as questões das transições demográfica e epidemiológica estimadas para os próximos anos e os altos custos da saúde e, especificamente, de investimento em Ciência e Tecnologia (C&T).

É preocupante como tem se dado a incorporação de novas tecnologias de saúde no Brasil, em especial na rede pública. O incremento de capacidade instalada utilizada ou disponibilizada é muitas vezes realizado de forma inadequada, em face da fragilidade da incorporação e da peculiaridade do *mix* público-privado existente no sistema de saúde brasileiro (MACHADO *ET AL.*, 2015). Um exemplo da gravidade dessa situação é o resultado ressaltado da auditoria do Tribunal de Contas da União (TCU) (BRASIL, 2013B) no que se refere ao tema da assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS). O TCU realizou amplo diagnóstico em 116 hospitais públicos, com mais de 50 leitos em todos os estados, com foco na identificação do motivo da existência de leitos e serviços indisponíveis e/ou com bloqueio para uso da população, com base em denúncias e cobertura da mídia.

O processo de transição demográfica vem transformando o perfil da sociedade brasileira, tornando-a mais longeva (OLIVEIRA; O'NEILL, 2013). Essa alteração da estrutura etária afeta diretamente o padrão de uso de serviços de saúde, o modelo de atenção hospitalar (BRAGA NETO *ET AL.*, 2012) e a necessidade de ajustar a oferta de recursos físicos de saúde a essa nova realidade.

A reorganização da rede de serviços para suprir necessidades futuras deve considerar que nas últimas décadas os eventos provocados por causas externas (violência e acidentes) estão entre os que mais afligem os brasileiros, com expressivo aumento da taxa de internação no SUS por causas externas na última década. Os dois principais componentes (homicídios e acidentes de trânsito) são responsáveis por taxas de mortalidade muito superiores às de países desenvolvidos, constituindo-se como a terceira causa de mortalidade na população (MORAES NETO *ET AL.*, 2012; LUNA; SILVA JR., 2013), cujo coeficiente, em 2000, foi 69,7/100 mil. Ressalta-se que os óbitos por causas externas têm tido aumento progressivo nos últimos anos, indicando possível agravamento dessa situação nos próximos anos (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004; BRASIL, 2013A).

Dados sobre a mortalidade e morbidade por causas externas no Brasil, em 2000, identificaram que o perfil das causas externas associadas à morte difere daquele relacionado com a morbidade. No caso dos óbitos, os homicídios são os mais prevalentes, enquanto nas internações, as quedas são responsáveis por mais da metade delas. Por outro lado, traumas e lesões relacionados com o transporte terrestre são importantes na mortalidade e morbidade. Em conjunto, os homicídios, acidentes de trânsito e quedas são as causas mais importantes e devem orientar as prioridades na organização dos atendimentos em trauma (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004).

O conhecimento das morbidades e da carga dessas doenças crônicas contribuiria na estruturação da linha do cuidado ao trauma e de outras patologias descapacitantes, organizando os Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e, posteriormente, os serviços de reabilitação, como a fisioterapia, logopedia, entre outros, necessários para o acompanhamento do paciente egresso.

Além do impacto sobre a mortalidade, os traumas geram grande demanda por serviços especializados de urgência/emergência, questões relacionadas com o acesso e com os recursos disponíveis são

preponderantes na redução da mortalidade e das lesões. Nesse contexto, considerando como necessária a implantação de uma rede de atendimento integral ao paciente vítima de trauma, em 2006, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Atenção em Traumato-Ortopedia de Alta Complexidade e, em 2011, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), definindo estratégias para organização dos serviços e ações de saúde no âmbito da atenção às situações de urgência e emergência (BRASIL, 2011).

Em 2013, publicou a Portaria nº 1.366 que estabelece a organização dos Centros de Trauma no âmbito do SUS, definindo os requisitos para habilitação das unidades nas classificações dos hospitais para atendimento ao trauma em média complexidade, Centros de Trauma I, e alta complexidade, Centros de Trauma tipo II e III (BRASIL, 2013A). Em conjunto, essas portarias estabelecem diretrizes e visam propiciar a organização do atendimento ao trauma em todos os níveis no SUS.

É nesse contexto que se insere a necessidade de um olhar apurado para a oferta e a necessidade de investimento nos Centros de Trauma de média e alta complexidade no Brasil.

## Métodos

Para o presente trabalho, recursos físicos de saúde referem-se à capacidade instalada, que compõe a oferta de serviços de saúde. Como a oferta pressupõe a existência dos outros recursos além da capacidade instalada – como os humanos, cognitivos, tecnológicos, materiais, financeiros e de poder –, optou-se por analisar apenas os recursos físicos.

Foi usado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, Departamento de Informática do SUS – Datasus/MS) para obter informações sobre recursos físicos de saúde disponíveis no Brasil em dezembro de 2013. Foram identificados os estabelecimentos existentes, descritos segundo localização geográfica e características selecionadas: natureza jurídica (público, privado sem fins lucrativos, privado com fins lucrativos), tipo de atendimento prestado (internação, ambulatorial, SADT, urgência), tipo de estabelecimento (centro ou posto de saúde, policlínica, clínica ou ambulatório especializado, hospital geral ou especializado, pronto-socorro geral, pronto-socorro especializado, unidade de SADT).

Tendo em vista o alto grau de detalhamento das variáveis do CNES, estas foram recategorizadas conforme metodologia definida em Santos *et al.* (2016), com objetivo de selecionar apenas aquelas que se enquadram no escopo deste estudo e agregar dados detalhados, como, por exemplo, os hospitais que foram categorizados por porte de leitos totais, considerando políticas e portarias existentes e por porte de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Foram selecionados os equipamentos em uso e desconsiderados na análise de disponibilidade os existentes e fora de uso.

Para a análise dos leitos, que são um dos requisitos da Portaria Nacional do Trauma, excluíram-se aqueles de psiquiatria, acolhimento noturno e hospital-dia. Foi observada a disponibilidade de leitos 'SUS' e 'não SUS', em que 'SUS' inclui leitos em estabelecimentos públicos e privados (estes majoritariamente sem fins lucrativos) e o 'não SUS' os privados com fins lucrativos e parte dos privados sem fins lucrativos que não possui convênio com o SUS.

Para as análises de estruturas envolvendo leitos para internação, foi construída uma base de dados contendo todos os estabelecimentos cujo campo 'tipo de atendimento prestado' no CNES era 'internação'. Entre estes, foram excluídos os estabelecimentos que não possuíam leitos. Também foram construídas bases específicas para as

análises de equipamentos, serviços e habilitações selecionadas.

Para que uma unidade de saúde seja habilitada ao atendimento do trauma de alta complexidade (Centro de Trauma tipo II e III), esta deve atender a oito requisitos definidos pela Política Nacional do Trauma (BRASIL, 2013A; BRASIL, 2006): 1) porte de mais de 100 leitos; 2) disponibilidade de UTI; 3) disponibilidade de equipamento de tomografia computadorizada; 4) serviço de alta complexidade em neurocirurgia (inclui neurocirurgia e traumatologia, bem como leitos de internação relacionados); 5) serviço de hemoterapia; 6) disponibilidade de equipamento de ressonância magnética; 7) serviço de radiologia intervencionista; e 8) serviço de reabilitação.

# Resultados

O Brasil dispõe de mais de 113 mil unidades de saúde totalizando as que atendem o SUS (privadas sem fins lucrativos e públicas) e as que atendem apenas de forma privada (com ou sem fins lucrativos). A distribuição dos estabelecimentos difere nas regiões do País, especialmente para aqueles relacionados com o cuidado ambulatorial.

Os prontos-socorros e prontos atendimentos são majoritariamente públicos (80%), ao passo que são predominantemente privados e com fins lucrativos os SADT (92%) e os consultórios, as clínicas especializadas, os ambulatórios especializados e as policlínicas (83%) *(tabela 1)*.

Tabela 1. Estabelecimentos segundo natureza jurídica e tipo – Brasil e regiões, 2013

| Região | Natureza Jurídica | Centro ou posto de saúde | Policlínica, clínica ou ambulatório especializado | Hospital geral ou especializado | Pronto atendimento, pronto-socorro geral ou especializado | SADT | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Norte | Público | 3.834 | 277 | 284 | 56 | 113 | 4.564 |
| | Priv. Sem fins lucr. | 8 | 42 | 32 | - | 10 | 92 |
| | Priv. Com fins lucr. | 25 | 1.531 | 209 | 9 | 858 | 2.632 |
| Nordeste | Público | 16.755 | 1.450 | 918 | 180 | 485 | 19.788 |
| | Priv. Sem fins lucr. | 36 | 223 | 263 | 5 | 17 | 544 |
| | Priv. Com fins lucr. | 277 | 7.148 | 591 | 71 | 3.300 | 11.387 |
| Sudeste | Público | 13.239 | 2.450 | 509 | 579 | 477 | 17.254 |
| | Priv. Sem fins lucr. | 40 | 705 | 837 | 14 | 141 | 1.737 |
| | Priv. Com fins lucr. | 128 | 16.014 | 842 | 90 | 8.184 | 25.258 |
| Sul | Público | 7.033 | 653 | 249 | 147 | 155 | 8.237 |
| | Priv. Sem fins lucr. | 32 | 576 | 467 | 8 | 76 | 1.159 |
| | Priv. Com fins lucr. | 82 | 5.629 | 322 | 37 | 4.568 | 10.638 |
| Centro-Oeste | Público | 3.034 | 440 | 289 | 79 | 144 | 3.986 |
| | Priv. Sem fins lucr. | - | 74 | 95 | - | 15 | 184 |
| | Priv. Com fins lucr. | 25 | 3.535 | 388 | 21 | 1.732 | 5.701 |

Tabela 1. (cont.)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Total | Público | 43.895 | 5.270 | 2.249 | 1.041 | 1.374 | 53.829 |
| | Priv. Sem fins lucr. | 122 | 1.620 | 1.694 | 27 | 259 | 3.722 |
| | Priv. Com fins lucr. | 537 | 33.857 | 2.352 | 228 | 18.642 | 55.616 |
| | Total | 44.554 | 40.747 | 6.295 | 1.296 | 20.275 | 113.167 |

Fonte: CNES, 2014.

As unidades com leitos para internação estão distribuídas em aproximadamente 3,5 mil municípios. Destaca-se que, se por um lado, apenas 2% dos estabelecimentos possuem mais de 300 leitos, distribuídos em apenas 2% dos municípios que oferecem internação, por outro lado, a grande parte dos estabelecimentos que oferecem internação no País (80%) possui menos de 100 leitos, são os chamados hospitais de pequeno e médio porte *(tabela 2)*.

Tabela 2. Número e percentual de estabelecimentos e de municípios segundo número de leitos disponibilizados – Brasil, 2013

| **Número de leitos** | **N.º de estabelecimentos** | **%** | **N.º de municípios** | **%** |
|---|---|---|---|---|
| Até 12 leitos | 896 | 13,5 | 304 | 8,6 |
| 13 a 49 leitos | 3.141 | 47,3 | 2.062 | 58,6 |
| 50 a 79 leitos | 1.029 | 15,5 | 544 | 15,5 |
| 80 a 99 leitos | 349 | 5,3 | 140 | 4,0 |
| 100 a 149 leitos | 567 | 8,5 | 229 | 6,5 |
| 150 a 199 leitos | 278 | 4,2 | 103 | 2,9 |
| 200 a 299 leitos | 237 | 3,6 | 82 | 2,3 |
| 300 ou mais leitos | 144 | 2,2 | 57 | 1,6 |
| Total | 6.641 | 100,0 | 3.521 | 100,0 |

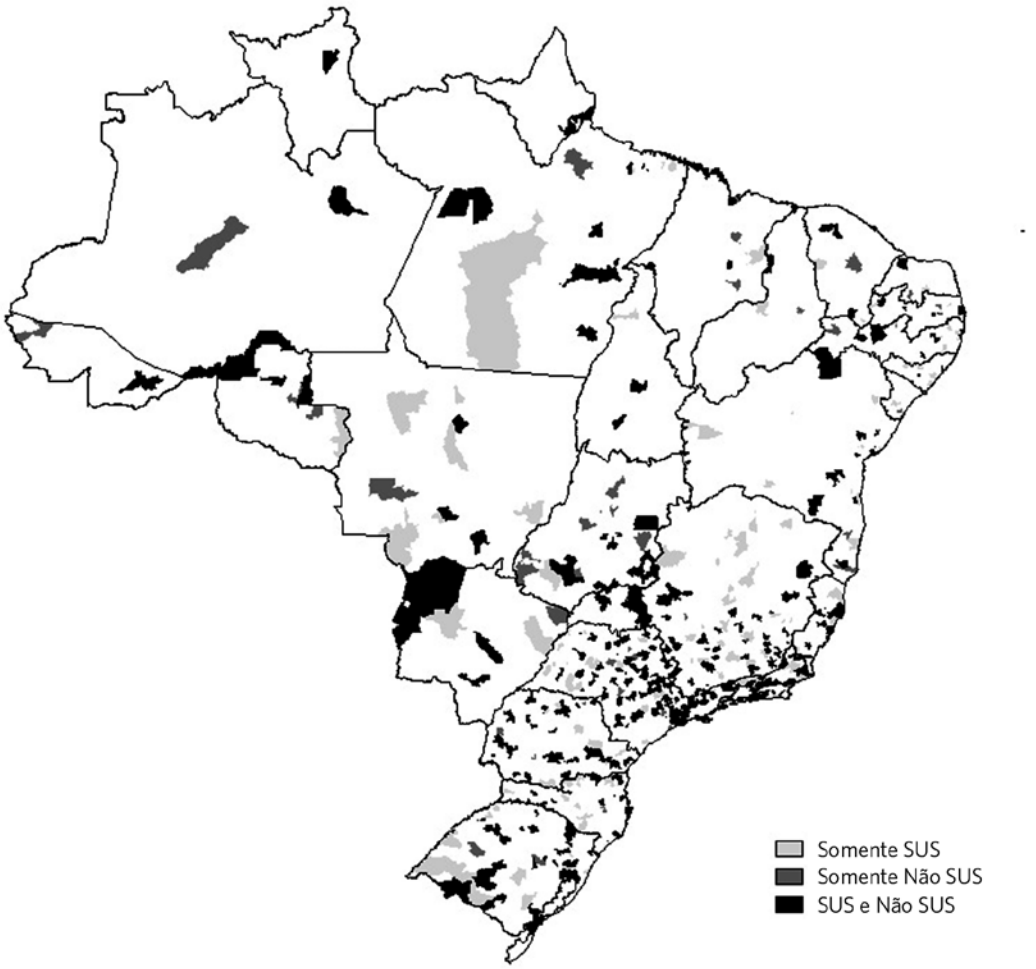
Fonte: CNES, 2014.

Entre os 430 mil leitos, 37.968 são de UTI e estão divididos muito mais homogeneamente entre SUS e não SUS – respectivamente, 18.970 (50,3%) e 18.998 (49,7%) – quando comparados com a totalidade dos leitos.

Na relação entre leitos UTI e gerais, observa-se uma maior complexidade nos leitos não SUS (14%) do que no SUS (6%). Este desequilíbrio é mais evidente em alguns municípios centrais, como São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília e Niterói, com oferta privada bastante superior à oferta no SUS.

A figura 1 mostra a oferta de leitos de UTI nos municípios, classificando-os como SUS, não SUS ou ambos. Os leitos não SUS estão presentes em 374 municípios, sendo a única oferta de leito de UTI disponível em 49 municípios do País, com 642 leitos *(figura 1)*.

Figura 1. Municípios segundo disponibilidade de leitos de UTI SUS, não SUS ou ambos – Brasil, 2013

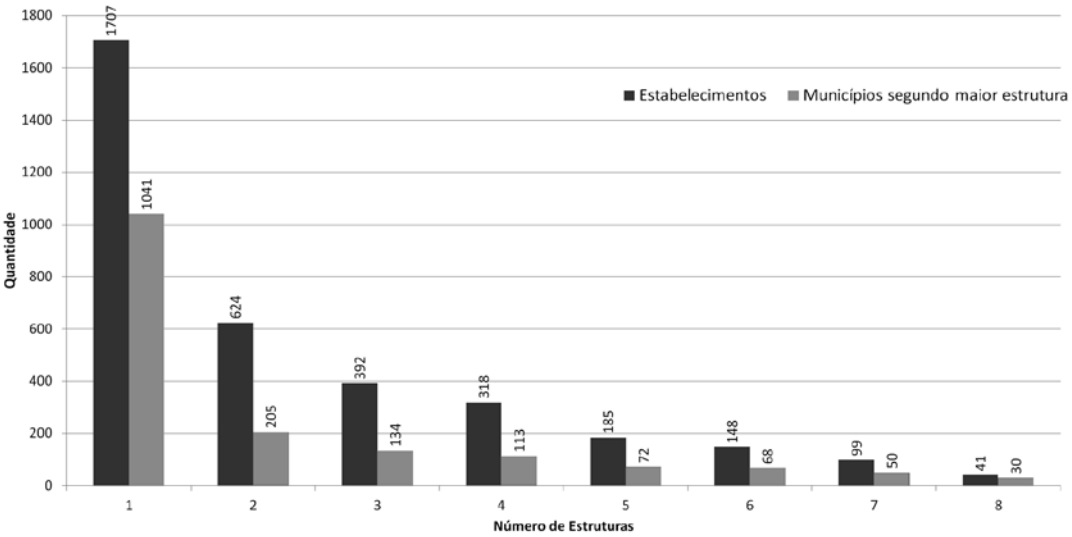



Fonte: CNES, 2014.

Em relação ao trauma de alta complexidade, apenas 41 hospitais em 30 municípios possuem os oito itens necessários para habilitação no trauma de alta complexidade. Entre eles, 17 são públicos, 21 são privados sem fins lucrativos e 3 privados com fins lucrativos.

Do ponto de vista dos investimentos para a reorganização da rede de atenção ao trauma de alta complexidade, observa-se que existem 99 hospitais em 50 municípios que possuem 7 das 8 estruturas analisadas (*gráfico 1)*, sendo 34 públicos, 56 privados sem fins lucrativos e 9 privados com fins lucrativos. Entre esses 99 hospitais, a estrutura que falta para completar o mínimo para serem habilitados é: radiologia intervencionista (39 hospitais), ressonância magnética (30 hospitais), reabilitação (16 hospitais), hemoterapia (9 hospitais), neurocirurgia e ortopedia-traumatologia (4 hospitais), mais de 100 leitos (1 hospital).

Gráfico 1. Hospitais e municípios segundo número de estruturas para trauma de alta complexidade existentes – Brasil, 2013




Fonte: Elaboração própria.

Caso sejam alocados recursos em 50 dos 99 hospitais com *deficit* de apenas uma das estruturas analisadas, o Brasil mais que dobraria o número de municípios com capacidade de assistência ao trauma de alta complexidade, passando de 30 para 80 municípios cobertos.

Ao agrupar os municípios com sete ou oito das estruturas para atendimento do trauma complexo, observa-se com clareza a escassez de hospitais disponíveis para esse atendimento nas regiões Norte e Nordeste. Essas unidades estão concentradas nas regiões Sudeste e Sul, especialmente nos municípios de São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Salvador, Belo Horizonte, Santos e Recife, que possuem ao menos um hospital com as oito estruturas exigidas. Em 14 municípios, onde estão 37 hospitais com 7 das 8 estruturas exigidas, também dispõem de uma unidade com as 8 estruturas *(figura 2)*.

Figura 2. Municípios segundo classificação dos estabelecimentos por número de estruturas para o trauma complexo – Brasil, 2013

Fonte: CNES, 2014.

## Discussão

Os resultados acima apresentados têm como finalidade subsidiar, em especial, escolhas alocativas na área do trauma de alta complexidade, com vistas a subsidiar a rede de recursos físicos de saúde em seus processos futuros de reorganização e planejamento da atenção à saúde. Parte-se do suposto que o elevado custo do investimento em C&T e a real limitação de recursos no setor público cada vez mais exigem fazer escolhas de onde realizar o investimento.

A primeira questão que se coloca sobre a organização da rede de atenção à saúde brasileira está no desequilíbrio entre a distribuição de serviços no território e as disparidades entre o SUS e o setor privado. Especialmente na atenção hospitalar, a oferta de leitos SUS e não SUS, bem como sua distinta relação de complexidade,

demonstra importante heterogeneidade da capacidade de atendimento de cada setor.

Ao ter como imagem objetiva a reorganização dos serviços vinculados ao setor público para o aumento da oferta de serviços de média complexidade, consultas e exames, o sistema de saúde brasileiro ainda esbarra em uma questão relevante que é a dificuldade da administração municipal em investir na ampliação da capacidade instalada pública neste nível de atenção, dados os desafios próprios da gestão que consistem, entre outros, na necessidade de quadro técnico capacitado na gestão pública, com continuidade/estabilidade no serviço público.

A baixa oferta de hospitais de mais de 100 leitos é mais um fator agravante da dificuldade de reverter os indicadores negativos para a organização desses serviços. Tem sido discutido o papel dos pequenos hospitais na atenção ao cuidado e, embora os estudos apresentem diferentes classificações quanto ao número de leitos para a definição de hospital de pequeno porte, em geral aponta-se que a taxa de ocupação tende a ser mais baixa nos hospitais com menos de 100 leitos, além disso, identificou-se maior custo dos procedimentos, maior frequência de problemas de segurança, baixa resolutividade dessas unidades e insuficiência da atenção ambulatorial especializada.

O estudo demonstrou importantes vazios assistenciais na oferta de serviços, como de leitos de UTI, que na atualidade são imprescindíveis para a qualidade da atenção em quase todas as linhas de cuidado. O volume de leitos de UTI no País é criticamente insuficiente, e os investimentos não poderão se limitar ao preenchimento de vazios e ao reequilíbrio na oferta público-privada, mas deverão cobrir uma nova necessidade.

A fim de responder às novas demandas de forma resolutiva, especialistas no tema apontam que a proporção de leitos de UTI, hoje estabelecida em Portaria Ministerial entre 4% e 10%, tende a aumentar em função das mudanças na complexidade da atenção e nos perfis demográfico e epidemiológico da população. Estes deveriam passar a representar 20% dos leitos de hospitais de alta complexidade nos próximos 20 anos. Mais uma vez, o SUS, com seus 6% de leitos de UTI em relação aos leitos totais, está em desvantagem com o setor privado, que já alcançam 14%.

No caso da atenção ao trauma de alta complexidade, não somente a insuficiência quantitativa como também de dispersão no território nacional dos leitos de UTI interferem na possibilidade de aumento da oferta de Centros de Trauma.

Este estudo mostrou que, caso sejam alocados recursos em 50 dos 99 hospitais com *deficit* de apenas uma das estruturas analisadas, o Brasil mais que dobraria o número de municípios com capacidade de assistência ao trauma de alta complexidade, passando de 30 para 80 municípios cobertos.

## Conclusões

Quando se considera a grande quantidade de recursos existentes que não estão em uso, pode ser mais interessante para o País colocar em uso o que já existe e diminuir sua ociosidade do que realizar investimentos de aquisição de novos recursos e unidades, mesmo que essa transformação exija a reestruturação ou a realocação, pela migração de recurso, de um local para outro.

No caso do trauma de alta complexidade, a decisão de aquisição ou realocação de um determinado equipamento, por exemplo, deve ser feita preferencialmente nos municípios e estabelecimentos do SUS que já contam com praticamente todas as demais estruturas necessárias para atender a esse trauma e, também, nos municípios que têm potencial de se tornar polo de rede do SUS no trauma.

Destaca-se que os recursos precisam ser alocados nas unidades públicas para de fato interferir na reorganização da oferta do SUS. Parte-se do pressuposto que o não investimento no SUS enfraquece o sistema, fortalece a expansão e a consolidação da oferta privada, reforçando o desequilíbrio público/privado na oferta de serviços de média complexidade, e ainda concorre com iniciativas em vigor no âmbito internacional que buscam influenciar a configuração do sistema de saúde brasileiro – como a Cobertura Universal à Saúde – e no Congresso Nacional, favoráveis ao setor privado e em detrimento ao SUS, como a PEC 451 (obriga o empregador a oferecer plano privado para vínculo empregatício, proposta pelo Deputado Eduardo Cunha em 2014), a Lei nº 13.097 (permite a participação direta ou indireta e controle do capital estrangeiro na saúde de 2015) e a Agenda Brasil (proposta pelo Senador Renan Calheiros em 2015). Todas consistem em fortes ameaças à consolidação do SUS e do direito à saúde. ■

## Referências


BRAGA NETO, F. C. *et al*. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. *et al*. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 577-608.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção às urgências*. 3 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 256 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União,* Brasília, DF, 8 jul. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 18 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.366, de 8 de julho de 2013. Estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013a. *Diário Oficial [da] União,* Brasília, DF, 9 jul. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1366_08_07_2013.html>. Acesso em 18 jul. 2016.

_____. Tribunal de Contas da União. *Relatório de Levantamento:* FiscSaúde. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/noticias_arquivos/032.624-2013-1%20Fisc%20Saude.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2016.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 995-1003, jul./ago. 2004.

LUNA, E. J. A.; SILVA JR., J. B. Doenças Transmissíveis, Endemias, Epidemias e Pandemias. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). *A saúde no Brasil em 2030:* prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do

gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 97-107.

MACHADO, J. P.; MARTINS, M.; LEITE, I. C. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. *Saúde debate*, v. 39, n. especial, p. 39-50, dez. 2015.

MORAIS NETO, O. L. *et al*. Mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil na última década: tendência e aglomerados de risco. *Ciênc. saúde colet*., Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2223-2236, set. 2012.

OLIVEIRA, A. T. R.; O'NEILL, M. M. V. C. Cenário Sociodemográfico em 2022-2030. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz). *A saúde no Brasil em 2030*: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013, p. 85-89.

SANTOS, I. S. *et al*. Os recursos físicos de saúde no Brasil: um olhar para o futuro. In: NORONHA, J. C. (Org.). *Brasil Saúde Amanhã:* dimensões para o planejamento da atenção à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

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

# Cobertura de mamografias, alocação e uso de equipamentos nas Regiões de Saúde

## *Mammograms coverage, allocation and use of equipment in the Health Regions*

Diego Ricardo Xavier[1], Ricardo Antunes Dantas de Oliveira[2], Vanderlei Pascoal de Matos[3], Francisco Viacava[4], Carolina de Campos Carvalho[5]

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnologia em Saúde (Icict), Laboratório de Informação em Saúde (LIS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
*diegoricardox@gmail.com*

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnologia em Saúde (Icict), Laboratório de Informação em Saúde (LIS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
*ricardo.dantas@icict.fiocruz.br*

[3] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnologia em Saúde (Icict), Laboratório de Informação em Saúde (LIS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
*vanderlei.matos@gmail.com*

[4] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnologia em Saúde (Icict), Laboratório de Informação em Saúde (LIS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
*fviacava@gmail.com*

[5] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnologia em Saúde (Icict), Laboratório de Informação em Saúde (LIS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
*carolinaccarvalho@gmail.com*

**RESUMO** O rastreamento por intermédio da mamografia é o principal meio de detecção da neoplasia maligna da mama. Considera-se relevante compreender como este tem se dado nas Regiões de Saúde brasileiras, unidade espacial fundamental na atual política de saúde. A análise de indicadores relacionados à cobertura de mamografia das mulheres de 40 a 69 anos, número, distribuição e grau de utilização dos mamógrafos demonstra grandes problemas, que não podem ser simplesmente atribuídos à falta de equipamentos. Destaca-se também a diversidade de situações das Regiões de Saúde e das unidades da federação, caracterizada especialmente pelas melhores condições no Sul e Sudeste e piores nas outras regiões.

**PALAVRAS-CHAVE** Mamografia. Instrumentação. Parâmetros. Regionalização.

**ABSTRACT** *Mammography screening is the most important means to detect breast cancer. It is relevant to understand how this screening has been performed in Brazilian Health Regions, which are the fundamental spatial unity in the current health policy. The analysis of indicators related to the coverage of women from 40 to 69 years of age, number, distribution and degree of usage of mammography equipment show great problems in covering the targeted population, which cannot be explained only by the lack of equipment. The diversity of situations of the Health Regions and federal units is highlighted, showing better conditions in the Southeast and South and worse in the other regions.*

**KEYWORDS** *Mammography. Instrumentation. Parameters. Regional health planning.*

 DOI: 10.1590/0103-1104201611002

# Introdução

O rastreamento por intermédio de mamografias é o principal meio de detecção precoce para diagnóstico de neoplasias malignas da mama, uma das principais causas de óbitos no Brasil, representando 2,6% dos óbitos femininos. Entre 2009 e 2013, ocorreram 65.695 óbitos causados por neoplasia maligna da mama, e somente no ano de 2012 foram 13.591 óbitos. Na população feminina de 40 a 69 anos, para a qual há parâmetros definidos pelo Ministério da Saúde quanto à necessidade de diagnóstico precoce, a neoplasia maligna da mama foi a terceira principal causa de óbitos entre 2009 e 2013, com 41.490 óbitos, 5,2%, do total nesse grupo. No ano de 2012, foram 8.561 óbitos, 20% dos ocorridos no período (BRASIL, 2015B).

Atualmente, no Sistema Único de Saúde (SUS), tem-se discutido a regionalização como estrutura básica da organização dos serviços de saúde. De acordo com Lima-Costa e Matos (2012), a ideia de Regiões de Saúde no SUS aparece pela primeira vez na Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) de 2000, na qual a regionalização é definida como a estratégia para aprimorar a descentralização dos serviços de saúde conforme previsto na Lei nº 8.080/1990 que regulamenta o SUS. O Pacto de Saúde, de 2006, reafirma a importância da regionalização a partir de seu conteúdo político, com o foco na negociação e pactuação intergovernamental. A Portaria nº 4.729/2010 define as Regiões de Saúde como áreas de abrangência territorial e populacional sob responsabilidade das redes de atenção especificadas (BRASIL, 2010), enquanto o Decreto Federal nº 7.508/2011 estabelece instrumentos para a efetivação das redes, caracterizando as regiões como espaços geográficos contínuos definidos

> a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011).

A relevância das Regiões de Saúde na organização dos serviços de saúde no País levou o Projeto Avaliação do Desempenho de Sistemas de Saúde (Proadess) (VIACAVA *ET AL.*, 2004, 2012) a incorporá-las como unidades de análise do desempenho do sistema de saúde. Nesse sentido, os indicadores que eram analisados no âmbito de Unidades da Federação (UFs) foram calculados para as Regiões de Saúde, o que permite análises mais direcionadas para o planejamento e intervenção.

A importância do rastreamento para detecção precoce da neoplasia maligna da mama é ressaltada não apenas nos parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015B), mas também por autores como Gebrim e Quadros (2006), Oliveira *et al.* (2011), Silva (2012) e Silva *et al.* (2014). Assim, é relevante compreender como tem-se dado o rastreamento do câncer de mama sob a perspectiva da conformação das Regiões de Saúde brasileiras, unidade espacial de extrema relevância na atual política de saúde.

A análise do grau de cobertura da mamografia possibilita uma avaliação da resposta das Regiões de Saúde às demandas, que podem ser equacionadas e solucionadas pelo compartilhamento de recursos dos municípios que as compõem, além de avaliar se as Regiões de Saúde foram definidas de modo a otimizar os recursos e o acesso aos serviços de saúde.

Considera-se que há uma diversidade de situações quanto à disponibilidade/utilização dos equipamentos de mamografia, que envolvem várias dificuldades na organização do serviço, tais como a falta de equipamentos disponíveis, profissionais habilitados, subutilização de equipamentos e dificuldade de acesso em função das distâncias geográficas. Os problemas de cobertura de mamografias na população-alvo são resultantes da combinação dessas diferentes situações.

Nesse contexto, este estudo busca avaliar

como tem ocorrido o rastreamento do câncer de mama nas Regiões de Saúde brasileiras por meio da realização periódica de mamografia na população feminina de 40 a 69 anos, grupo mais vulnerável à neoplasia maligna de mama.

## Métodos

A avaliação da cobertura de mamografias foi feita considerando as necessidades populacionais e distribuição espacial, grau de utilização e adequação da oferta dos mamógrafos nas Regiões de Saúde, segundo parâmetro mais recente sugerido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, 2015B). Com base nos princípios de universalidade, cobertura integral e acesso igualitário às ações e serviços de saúde do SUS, este estudo busca evidenciar a aplicação prática desses princípios, considerando como cobertura a realização de exames de mamografias na população-alvo definida segundo o parâmetro.

Como fonte de dados, foram utilizadas informações sobre: procedimentos 'mamografia bilateral' e 'mamografia bilateral para rastreamento' (códigos: 0204030030, 0204030188), obtidas por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA); número de mamógrafos, registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). O ano considerado no estudo foi 2012, por ser a última projeção populacional do IBGE para municípios, por sexo e faixas etárias, permitindo a construção do denominador dos indicadores para as Regiões de Saúde.

Como critério para elegibilidade da população, consideraram-se as mulheres de 40 a 69 anos que não dispõem de planos de saúde com as segmentações 'ambulatorial', 'hospitalar sem e com obstetrícia' ou 'plano de referência', a partir dos dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2013). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (Inca), mulheres entre 50 e 69 anos devem realizar a mamografia bilateral a cada dois anos (BRASIL, 2009). Entretanto, a Lei 11.664/2008 determina que o SUS deve assegurar a realização de exame mamográfico a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade. Assim, as duas faixas etárias são consideradas pelo parâmetro mais atual para cálculo de equipamentos de mamografia do Ministério da Saúde *(BRASIL, 2015B)*, que define que o número de mamógrafos deve estar atrelado à necessidade de exames na população residente. A partir dessa recomendação, foi elaborada a fórmula abaixo:

$$Nm = Pe1(D1 + Ou) + Pe2(R1 + D2)$$

Em que:

Nm = Necessidade de mamografia (número anual estimado de mamografias necessárias).

Pe1 = Diferença entre a população total de mulheres com idade de 40 a 49 anos e a população nessa faixa etária coberta com plano de saúde.

Pe2 = Diferença entre a população total de mulheres com idade de 50 a 69 anos e a população nessa faixa etária coberta com plano de saúde.

D1 = 10% da população de mulheres de 40 a 49 anos (indicação de mamografia diagnóstica).

Ou = 10% da população de mulheres de 40 a 49 anos para outras indicações.

R1 = 50% da população de mulheres de 50 a 69 anos (indicação de rastreamento).

D2 = 8,9% da população feminina de 50 a 69 (indicação diagnóstica). (ADAPTADO DE BRASIL, 2009, 2015).

Para estimar o número de mamógrafos necessários, com base nas necessidades anuais de mamografias da população, admitiu-se que cada equipamento deve realizar anualmente 5.069 exames, considerando 3 exames/hora X turno de trabalho de 8 horas X 22 dias X 12 meses X 80% da capacidade

de produção (BRASIL, 2015A).

Para a análise da cobertura de mamografias, foi calculada a razão entre o número anual de exames realizados e o número estimado de mamografias necessárias na população de 40 a 69 anos, ajustada segundo a cobertura dos planos de saúde (Nm), e expressa em percentual. Um segundo indicador foi calculado considerando-se a diferença entre o número de mamógrafos disponíveis ao SUS e o número de mamógrafos estimados. Além disso, foi calculado o grau de utilização dos mamógrafos segundo sua capacidade de produção, do seguinte modo:

Gu = ((Em/Num)/5.069) X 100

Em que:

Gu = grau de utilização do mamógrafo (%), dado pela razão entre a produção real do equipamento e a capacidade de produção do equipamento.

Em = número de mamografias realizadas segundo local de realização do exame.

Num = número de mamógrafos disponíveis ao SUS. (ADAPTADO DE BRASIL, 2015A, 2015B).

Após os cálculos, os dados foram organizados em tabelas segundo Regiões de Saúde, UF e Grandes Regiões. Os *softwares* utilizados para as tabulações foram o SPSS 22 e o ArcGIS 10.4 para a elaboração dos mapas.

## Resultados

A *tabela 1* apresenta, por Grandes Regiões e UFs, o número estimado (de acordo com as necessidades da população de mulheres de 40 a 69 anos) e o existente de mamógrafos disponíveis ao SUS segundo as 438 Regiões de Saúde definidas pelas secretarias estaduais de saúde. Observa-se que o parâmetro utilizado para o cálculo de mamógrafos sugere insuficiência em número de equipamentos nas Regiões de Saúde que compõem as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, enquanto as Regiões de Saúde do Sudeste e Sul apresentaram número de equipamentos maior do que o necessário segundo o parâmetro.

Embora o valor médio de mamógrafos estimado por Região de Saúde apresente relativa concordância com o número médio de equipamentos disponíveis ao SUS, observa-se concentração de equipamentos, quando se compara o número máximo de equipamentos estimados e disponíveis segundo Região de Saúde, como, por exemplo, no estado do Rio de Janeiro.

Tabela 1. Número e distribuição por Região de Saúde de mamógrafos estimados e mamógrafos disponíveis ao SUS segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação, 2012

| Unidade da Federação | Regiões de Saúde | Mamógrafos estimados | Distribuição por Região de Saúde | | | Mamógrafos disponíveis SUS | Distribuição por Região de Saúde | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | N | N | Média | Max | Min | N | Média | Max | Min |
| **Brasil** | **438** | **1.752** | **4** | **-** | **-** | **1.949** | **4** | **-** | **-** |
| **Norte** | **45** | **117** | **3** | **17** | **0** | **109** | **4** | **29** | **1** |
| Rondônia | 7 | 12 | 2 | 3 | 0 | 13 | 3 | 7 | 1 |
| Acre | 3 | 5 | 2 | 3 | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Amazonas | 9 | 23 | 3 | 15 | 1 | 32 | 8 | 29 | 1 |
| Roraima | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |

Tabela 1. (cont.)

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pará | 13 | 57 | 4 | 17 | 2 | 39 | 4 | 15 | 1 |
| Amapá | 3 | 4 | 1 | 3 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Tocantins | 8 | 15 | 1 | 2 | 1 | 18 | 3 | 10 | 1 |
| **Nordeste** | **133** | **515** | **4** | **37** | **0** | **469** | **4** | **53** | **1** |
| Maranhão | 19 | 58 | 3 | 11 | 2 | 48 | 3 | 11 | 1 |
| Piauí | 11 | 32 | 3 | 11 | 0 | 32 | 4 | 12 | 1 |
| Ceará | 22 | 82 | 4 | 21 | 1 | 51 | 3 | 11 | 1 |
| Rio Grande do Norte | 8 | 30 | 4 | 9 | 1 | 31 | 4 | 18 | 1 |
| Paraíba | 16 | 39 | 2 | 11 | 1 | 27 | 3 | 9 | 1 |
| Pernambuco | 12 | 88 | 7 | 37 | 1 | 75 | 6 | 41 | 1 |
| Alagoas | 10 | 28 | 3 | 10 | 1 | 38 | 5 | 25 | 1 |
| Sergipe | 7 | 19 | 3 | 6 | 1 | 25 | 4 | 18 | 1 |
| Bahia | 28 | 139 | 5 | 29 | 2 | 142 | 5 | 53 | 1 |
| **Sudeste** | **153** | **701** | **5** | **82** | **1** | **842** | **6** | **81** | **1** |
| Minas Gerais | 77 | 191 | 2 | 23 | 1 | 247 | 3 | 33 | 1 |
| Espírito Santo | 4 | 30 | 8 | 14 | 4 | 30 | 8 | 16 | 4 |
| Rio de Janeiro | 9 | 147 | 16 | 82 | 2 | 143 | 16 | 63 | 4 |
| São Paulo | 63 | 333 | 5 | 72 | 1 | 422 | 7 | 81 | 1 |
| **Sul** | **68** | **292** | **4** | **25** | **1** | **378** | **6** | **31** | **1** |
| Paraná | 22 | 103 | 5 | 25 | 2 | 119 | 6 | 29 | 1 |
| Santa Catarina | 16 | 65 | 4 | 9 | 2 | 91 | 6 | 13 | 1 |
| Rio Grande do Sul | 30 | 124 | 4 | 22 | 1 | 168 | 6 | 31 | 1 |
| **Centro-Oeste** | **39** | **127** | **3** | **19** | **0** | **151** | **5** | **32** | **1** |
| Mato Grosso do Sul | 4 | 23 | 6 | 12 | 1 | 26 | 7 | 13 | 1 |
| Mato Grosso | 16 | 26 | 2 | 7 | 0 | 28 | 3 | 13 | 1 |
| Goiás | 18 | 60 | 3 | 16 | 0 | 78 | 5 | 32 | 1 |
| Distrito Federal | 1 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 | 19 |

Fonte: CNES/IBGE.

A *tabela 2* apresenta a cobertura de mamografias realizadas segundo necessidades na população de mulheres de 40 a 69 anos residentes, a diferença entre o número de mamógrafos disponíveis ao SUS e o número de mamógrafos estimados segundo o parâmetro do Ministério da Saúde e o grau de utilização do equipamento segundo UF e Grande Região.

Inicialmente, é importante destacar que, enquanto a cobertura de mamografias segundo necessidades é calculada em função da população residente, o grau de utilização do equipamento é calculado em função do local de realização do procedimento, incluindo parcelas de população residentes em outras regiões.

No Brasil, a cobertura de mamografia segundo a recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015B) foi de 43,7%. Somente cinco estados (Minas Gerais, Espírito Santo, São Paulo, Santa Catarina e Paraná) realizaram exames de mamografias acima de 50% da necessidade de suas populações. A cobertura de exames foi ainda menor na região Norte, onde apenas 18% da necessidade de exames da sua população foi atendida.

Quanto ao número de mamógrafos, observa-se que, no Brasil, no ano de 2012, existia um excedente de 196 mamógrafos. Os estados do Ceará, do Pará e de Pernambuco apresentaram *deficit* importante na quantidade de aparelhos, enquanto UFs das regiões Sudeste e Sul apresentaram número expressivo de equipamentos excedentes. As regiões Sul e Sudeste apresentaram o maior excedente de equipamentos no País. No Sudeste, observa-se que São Paulo apresenta o maior número de mamógrafos excedentes, com 89 unidades. No Sul, o estado do Rio Grande do Sul apresentou 44 equipamentos excedentes.

Com relação ao grau de utilização dos equipamentos, destacam-se os estados de São Paulo e do Paraná que apresentam, em média, utilização de cerca de 60% da capacidade dos aparelhos. As regiões Norte e Centro-Oeste apresentam grau de utilização em torno de 20%. Para o total do País, o grau de utilização de um aparelho de mamografia foi de 44%. A situação é mais complexa no Norte e Nordeste, com destaque especialmente na primeira região, com as 4 UFs com menor grau de utilização dos mamógrafos: Tocantins, Amapá, Pará e Rondônia. Os estados com maior grau de utilização dos equipamentos foram São Paulo, Paraná, Espírito Santo e Pernambuco. Destaque negativo neste aspecto é novamente o Rio de Janeiro, além do Rio Grande do Sul.

Tabela 2. Unidades da Federação segundo cobertura de mamografias na população de 40 a 69 anos residente, diferença entre o número de mamógrafos disponíveis ao SUS e o número de mamógrafos estimados, e grau de utilização dos mamógrafos SUS, 2012

| Unidade da Federação | % cobertura de mamografias segundo necessidades 40-69 | Diferença entre o número de mamógrafos SUS e o número de equipamentos estimados * | % grau de utilização dos mamógrafos SUS |
|---|---|---|---|
| **Brasil** | **43,7** | **196** | **44,2** |
| **Norte** | **18,4** | **-8** | **21,8** |
| Rondônia | 18,2 | 1 | 18,0 |
| Acre | 21,7 | -2 | 40,0 |
| Amazonas | 38,0 | 9 | 30,9 |
| Roraima | 31,8 | -1 | 53,0 |

Tabela 2. (cont.)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Pará | 11,2 | -18 | 18,1 |
| Amapá | 6,6 | -2 | 14,0 |
| Tocantins | 14,2 | 6 | 10,5 |
| **Nordeste** | **33,5** | **-46** | **41,1** |
| Maranhão | 18,4 | -10 | 25,9 |
| Piauí | 22,6 | 0 | 25,0 |
| Ceará | 23,5 | -31 | 41,6 |
| Rio Grande do Norte | 28,4 | 1 | 31,1 |
| Paraíba | 24,1 | -12 | 38,0 |
| Pernambuco | 43,1 | -13 | 57,0 |
| Alagoas | 42,9 | 10 | 37,2 |
| Sergipe | 29,0 | 6 | 24,3 |
| Bahia | 44,5 | 3 | 48,0 |
| **Sudeste** | **54,6** | **141** | **51,3** |
| Minas Gerais | 53,7 | 56 | 46,5 |
| Espírito Santo | 51,4 | 0 | 58,2 |
| Rio de Janeiro | 29,4 | -4 | 34,0 |
| São Paulo | 66,4 | 89 | 59,5 |
| **Sul** | **54,3** | **86** | **47,5** |
| Paraná | 59,3 | 16 | 59,0 |
| Santa Catarina | 62,3 | 26 | 49,2 |
| Rio Grande do Sul | 45,9 | 44 | 28,4 |
| **Centro-Oeste** | **24,2** | **24** | **22,2** |
| Mato Grosso do Sul | 32,8 | 3 | 30,4 |
| Mato Grosso | 20,2 | 2 | 19,9 |
| Goiás | 25,1 | 18 | 21,1 |
| Distrito Federal | 16,3 | 0 | 18,5 |

Fonte: SIA/CNES.

* Número de equipamentos: valores inteiros.

Para a análise das Regiões de Saúde, utilizaram-se como referência os valores nacionais da *tabela 2*. Assim, elas foram categorizadas segundo cobertura de mamografias realizadas em função da necessidade da população de mulheres de 40 a 69 anos residentes (abaixo e acima de 43,7%); grau de utilização dos mamógrafos SUS segundo local de realização do exame (abaixo e acima de 44,2%). Quanto à adequação do número de equipamentos de mamografias, as Regiões de Saúde foram classificadas em insuficientes ou excedentes, por meio do cálculo da diferença entre o número de equipamentos existentes disponíveis ao SUS e o número de equipamentos estimados.

No Brasil, 58,9% das Regiões de Saúde apresentaram cobertura de exames abaixo da média nacional. Destacam-se as regiões Norte e Centro-Oeste, onde 97,8% e 94,9%, das Regiões de Saúde, respectivamente, não atingiram a média do País que é de 43,7% das residentes. No total, em 11 UFs, nenhuma Região de Saúde apresentou cobertura de mamografias em função da necessidade com valores percentuais acima da média no País. Na região Norte essa situação ocorre em 6 UFs.

Com relação ao número de equipamentos de mamografia, 47,5% das Regiões de Saúde do Brasil apresentaram número de mamógrafos insuficientes. Nos estados do Acre, do Amapá e de Roraima nenhuma das Regiões de Saúde apresentou o número esperado de equipamentos, enquanto no Nordeste, 90% das Regiões de Saúde apresentaram número de equipamentos abaixo do sugerido pelo parâmetro. O estado que apresentou maior número de Regiões de Saúde com situação adequada quanto ao número de equipamentos foi Santa Catarina.

O grau de utilização por equipamento de mamografia ficou abaixo da média nacional em 67,4% das Regiões de Saúde. Entre estas, existem situações muito diversas, ocorrendo grau de utilização dos equipamentos acima da média no Sul e Sudeste. No Nordeste, algumas capitais e regiões do Norte baiano e do Oeste pernambucano apresentam grau de utilização mais elevado que a média nacional. No Norte, apenas uma região registrou grau de utilização acima da média nacional: Entorno de Manaus – o que pode ser um reflexo da concentração de equipamentos e do deslocamento de pessoas de outras regiões. Os estados de Pernambuco e de Santa Catarina apresentaram mais de dois terços de suas Regiões de Saúde com grau de utilização acima da média nacional. Além do Distrito Federal, outras seis UFs não apresentaram nenhuma Região de Saúde com grau de utilização acima da média do País *(tabela 3)*.

Tabela 3. Número de Regiões de Saúde segundo cobertura de mamografias em mulheres de 40-69, diferença entre o número de mamógrafos SUS e o número de equipamentos estimados, grau de utilização dos mamógrafos SUS

| | **Regiões segundo cobertura de mamografias** | | | | **Diferença entre o número de mamógrafos SUS existentes e estimados** | | | | **Regiões segundo grau de utilização dos mamógrafos SUS** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **RS abaixo da média nacional** | | **RS acima da média nacional** | | **RS com falta de equipamentos** | | **RS com excedente de equipamentos** | | **RS abaixo da média nacional** | | **RS acima da média nacional** | |
| | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| **Brasil** | **258** | **58,9** | **180** | **41,1** | **208** | **47,5** | **230** | **52,5** | **295** | **67,4** | **143** | **32,6** |
| **Norte** | **44** | **97,8** | **1** | **2,2** | **34** | **75,6** | **11** | **24,4** | **43** | **95,6** | **2** | **4,4** |
| Rondônia | 7 | 100,0 | 0 | 0,0 | 4 | 57,1 | 3 | 42,9 | 7 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Acre | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Amazonas | 8 | 88,9 | 1 | 11,1 | 7 | 77,8 | 2 | 22,2 | 9 | 100,0 | 0 | 0,0 |

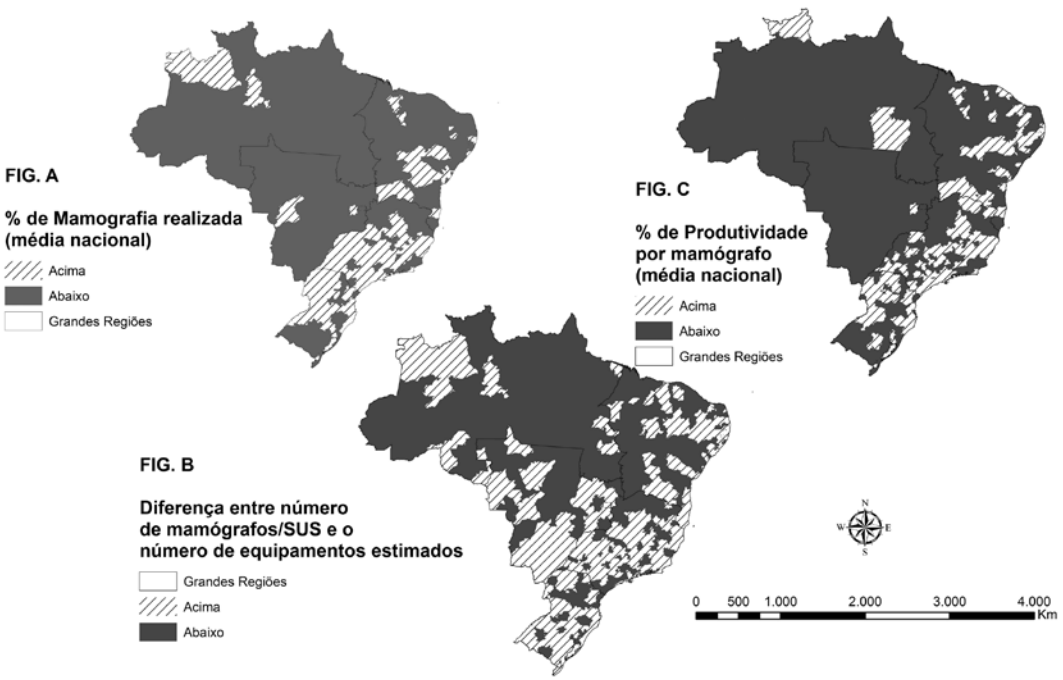
Tabela 3. (cont.)

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Roraima | 2 | 100,0 | 0 | 0,0 | 2 | 100,0 | 0 | 0,0 | 1 | 50,0 | 1 | 50,0 |
| Pará | 13 | 100,0 | 0 | 0,0 | 11 | 84,6 | 2 | 15,4 | 12 | 92,3 | 1 | 7,7 |
| Amapá | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 | 3 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Tocantins | 8 | 100,0 | 0 | 0,0 | 4 | 50,0 | 4 | 50,0 | 8 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| **Nordeste** | **113** | **85,0** | **20** | **15,0** | **96** | **72,2** | **37** | **27,8** | **94** | **70,7** | **39** | **29,3** |
| Maranhão | 16 | 84,2 | 3 | 15,8 | 13 | 68,4 | 6 | 31,6 | 16 | 84,2 | 3 | 15,8 |
| Piauí | 11 | 100,0 | 0 | 0,0 | 7 | 63,6 | 4 | 36,4 | 10 | 90,9 | 1 | 9,1 |
| Ceará | 22 | 100,0 | 0 | 0,0 | 20 | 90,9 | 2 | 9,1 | 13 | 59,1 | 9 | 40,9 |
| Rio Grande do Norte | 8 | 100,0 | 0 | 0,0 | 6 | 75,0 | 2 | 25,0 | 6 | 75,0 | 2 | 25,0 |
| Paraíba | 15 | 93,8 | 1 | 6,3 | 11 | 68,8 | 5 | 31,3 | 12 | 75,0 | 4 | 25,0 |
| Pernambuco | 9 | 75,0 | 3 | 25,0 | 9 | 75,0 | 3 | 25,0 | 4 | 33,3 | 8 | 66,7 |
| Alagoas | 9 | 90,0 | 1 | 10,0 | 6 | 60,0 | 4 | 40,0 | 8 | 80,0 | 2 | 20,0 |
| Sergipe | 7 | 100,0 | 0 | 0,0 | 5 | 71,4 | 2 | 28,6 | 6 | 85,7 | 1 | 14,3 |
| Bahia | 16 | 57,1 | 12 | 42,9 | 19 | 67,9 | 9 | 32,1 | 19 | 67,9 | 9 | 32,1 |
| **Sudeste** | **43** | **28,1** | **110** | **71,9** | **46** | **30,1** | **107** | **69,9** | **86** | **56,2** | **67** | **43,8** |
| Minas Gerais | 30 | 39,9 | 47 | 61,0 | 29 | 37,7 | 48 | 62,3 | 45 | 58,4 | 32 | 41,6 |
| Espírito Santo | 1 | 25,0 | 3 | 75,0 | 1 | 25,0 | 3 | 75,0 | 2 | 50,0 | 2 | 50,0 |
| Rio de Janeiro | 7 | 77,8 | 2 | 22,2 | 2 | 22,2 | 7 | 77,8 | 8 | 88,9 | 1 | 11,1 |
| São Paulo | 5 | 7,9 | 58 | 92,1 | 14 | 22,9 | 49 | 77,8 | 31 | 49,2 | 32 | 50,8 |
| **Sul** | **21** | **30,9** | **47** | **69,1** | **16** | **23,5** | **52** | **76,5** | **36** | **52,9** | **32** | **47,1** |
| Paraná | 4 | 18,2 | 18 | 81,8 | 6 | 27,3 | 16 | 72,7 | 9 | 40,9 | 13 | 59,1 |
| Santa Catarina | 2 | 12,5 | 14 | 87,5 | 2 | 12,5 | 14 | 87,5 | 6 | 37,5 | 10 | 62,5 |
| Rio Grande do Sul | 15 | 50,0 | 15 | 50,0 | 8 | 26,7 | 22 | 73,3 | 21 | 70,0 | 9 | 30,0 |
| **Centro-Oeste** | **37** | **94,9** | **2** | **5,1** | **16** | **41,0** | **23** | **59,0** | **36** | **92,3** | **3** | **7,7** |
| Mato Grosso do Sul | 4 | 100,0 | 0 | 0,0 | 1 | 25,0 | 3 | 75,0 | 4 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Mato Grosso | 15 | 93,8 | 1 | 6,3 | 9 | 56,3 | 7 | 43,8 | 14 | 87,5 | 2 | 12,5 |
| Goiás | 17 | 94,4 | 1 | 5,6 | 6 | 33,3 | 12 | 66,7 | 17 | 94,4 | 1 | 5,6 |
| Distrito Federal | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 100,0 | 1 | 100,0 | 0 | 0,0 |

Fonte: SIA/CNES.

Utilizando a categorização da *tabela 3,* foram construídos mapas que especializam o comportamento das variáveis cobertura de exames de mamografia, diferença entre o número de equipamentos existentes e o número de equipamentos estimados e grau de utilização dos mamógrafos segundo Regiões de Saúde *(figura 1)*. Na *figura 1-A,* observa-se um percentual de mamografias superior à média nacional em áreas do Sul e Sudeste, assim como em algumas áreas do litoral e interior do Nordeste. Na *figura 1-C,* verifica-se que o grau de utilização dos mamógrafos é semelhante à cobertura observada na *figura 1-A,* destacando ainda mais a região Sudeste. Esse comportamento sugere que o percentual de realização de exames pode estar associado ao maior grau de utilização do equipamento. Por outro lado, a *figura 1-B* destaca que existem muitas Regiões de Saúde com excedente de mamógrafos, que, por sua vez, podem estar sendo subutilizados.

Figura 1. Regiões de Saúde segundo cobertura de mamografias em mulheres de 40-69 anos (Figura A), diferença entre o número de mamógrafos SUS e o número de equipamentos estimados (Figura B), e grau de utilização dos mamógrafos SUS (Figura C)

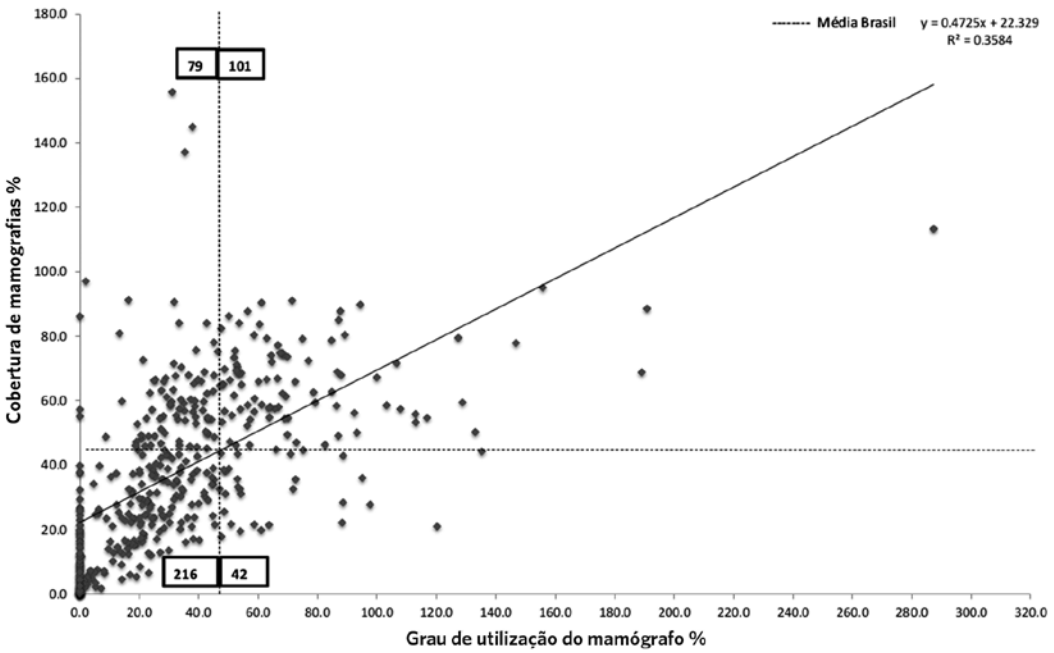



Fonte: Elaboração própria.

A *figura 2* apresenta o comportamento das Regiões de Saúde segundo a cobertura de mamografias realizadas em função da necessidade de saúde da população em relação ao grau de utilização dos mamógrafos SUS. Observa-se que, embora exista um coeficiente de determinação baixo e influenciado por valores aberrantes, a dispersão dos dados sugere que a realização de exames de mamografias na população pode estar

associada a maior capacidade de utilização do equipamento. Ainda que a existência de muitos equipamentos ociosos já tenha sido destacada, os resultados apontam que em locais onde ocorre o maior aproveitamento da capacidade do equipamento também é maior a cobertura de exames nas populações. Contudo, a interpretação da figura requer cautela, já que para o percentual de mamografias realizadas foram considerados exames na população residente e no percentual de utilização do equipamento é considerado o local de realização do exame.

Figura 2. Gráfico de dispersão da cobertura de mamografias em mulheres de 40-69 anos em relação ao grau de utilização dos mamógrafos SUS




Fonte: Elaboração própria.

No gráfico da *figura 2,* observa-se a concentração das Regiões de Saúde na interseção dos eixos. Isso indica situações de baixa cobertura entre a população-alvo aliada ao baixo grau de utilização dos mamógrafos disponíveis. Um total de 216 regiões, equivalente a 49,3%, se enquadra nessa situação, destacando-se especialmente as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, apesar de ser presente em todas as grandes regiões do País. A segunda classe que mais se destaca é marcada por situações com cobertura e grau de utilização dos equipamentos acima da média nacional, com 101 (23,1%) Regiões de Saúde, estas concentradas nas regiões Sudeste e Sul. Situações de alta cobertura com baixo grau de utilização ocorrem em 79 (18%) Regiões de Saúde e, neste caso, também prevalecem nas regiões do Sul e Sudeste. O grupo com menor concentração de Regiões de Saúde é o de baixa cobertura com grau de utilização acima da média, com apenas 42 (9,6%) do total de regiões, sendo que 20 se localizam no Nordeste.

## Discussão

O rastreamento para detecção precoce do câncer de mama é fundamental para garantir o tratamento oportuno às mulheres vítimas desse tipo de neoplasia, que é a que mais afeta essa população no Brasil, inclusive de maneira crescente no período recente (SILVA, 2012). A análise dos indicadores propostos neste estudo demonstrou a diversidade de situações de disponibilidade/utilização dos equipamentos de mamografia referentes à organização do serviço que podem implicar dificuldades para estabelecer uma política efetiva de detecção precoce para a população usuária do SUS, questão já apontada por autores como Oliveira *et al.* (2011) e Silva *et al.* (2014), tais como a falta de equipamentos disponíveis e de profissionais habilitados, subutilização de equipamentos e dificuldade de acesso em função das distâncias geográficas.

De modo geral, pode-se apontar que há uma situação de baixa cobertura para a população-alvo no âmbito do SUS, já que apenas 43,7% dos exames esperados segundo a necessidade foram realizados. Dados da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) para o ano de 2011 apontam cobertura média de exames de mamografia para 61,5% das mulheres entre 50 e 69 anos em um grupo de 33 países (OECD, 2013). As comparações da cobertura de exames de mamografia verificada no presente estudo colocam o Brasil à frente de países como México, Chile, Japão e Turquia. Entretanto, cabe interpretar com cautela os dados aqui apresentados, já que aqueles dos países da OECD são coletados segundo diferentes metodologias para mulheres de 50 a 69 anos. No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013) obtidos por meio de inquérito populacional apontam cobertura de 60% da população feminina de 50 a 69 anos.

Os resultados deste trabalho sugerem relação entre a baixa cobertura da população e aspectos ligados a condições socioeconômicas das Regiões e estados. São expressões desse fato as piores situações da região Norte em geral, dos estados do Maranhão e do Piauí no contexto do Nordeste e das Regiões de Saúde do Vale do Jequitinhonha e norte de Minas Gerais no âmbito do Sudeste. Lima-Costa e Matos (2007) apontam os problemas de acesso à mamografia no nível individual em função da situação socioeconômica, o que também foi ressaltado por Oliveira *et al.* (2011). Além disso, há que se considerar a dificuldade de acesso ao exame em função da falta de indicação por um médico, questão também apontada por estes últimos autores, tanto no caso da necessária realização em determinados grupos etários como da própria continuidade do rastreamento ao longo do tempo.

O número de mamógrafos no País apresenta um excedente de 196 equipamentos em relação ao que seria necessário de acordo com os parâmetros, porém com uma distribuição bastante heterogênea e, como agravante, baixo grau de utilização. A questão da cobertura de mamografia é diretamente afetada pela disponibilidade e pela distribuição dos mamógrafos. Citando documento da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM – www.sbmastologia.com.br), Oliveira *et al.* (2011) apontam a distribuição inadequada de equipamentos como um dos principais desafios à cobertura da população. Se para o total nacional há mais mamógrafos do que seria necessário, novamente a situação de estados e Regiões de Saúde é bastante diversa. No nível das grandes regiões, o Sudeste e o Sul se destacam pelo volume de equipamentos acima do que seria adequado de acordo com os parâmetros. Com relação aos estados, a pior situação se encontra no Norte e Nordeste, com destaque para o *deficit* de equipamentos no Ceará, em Pernambuco e no Pará. Novamente, o Rio de Janeiro registra situação problemática, sendo a única UF com falta de equipamentos no Centro-Sul do País.

Quando se observam as Regiões de Saúde, verifica-se que a maioria delas está adequada, ou seja, não é a falta de equipamentos que explica a cobertura abaixo do recomendado.

As situações mais problemáticas se concentram no Pará, no oeste do Maranhão, Norte de Minas Gerais e região central da Bahia. No Sudeste e Sul, há regiões isoladas com *deficit* de equipamentos, especialmente nas regiões interioranas. Vazios ocorrem marcadamente no Norte, além da região Norte de Mato Grosso. São Regiões de Saúde em que não há equipamentos, e as mulheres usuárias do SUS têm que se dirigir a outras regiões para realizar o exame.

Em algumas regiões, pode-se apontar a falta de equipamentos como causa para a baixa cobertura de mamografias, especialmente no Norte e em algumas regiões interioranas das outras partes do País. A problemática distribuição dos equipamentos foi apontada por autores como Lima-Costa e Matos (2007), Oliveira *et al.* (2011) e Silva *et al.* (2014) como geradora da necessidade de grandes deslocamentos para a realização de mamografias, marcante especialmente na região Norte e mesmo em direção aos grandes centros urbanos nas outras regiões do País. Todavia, há que se apontar como parte dos desafios a própria disponibilidade de recursos humanos e físicos para instalação, manutenção e operação dos mamógrafos, que ampliam a questão da sua distribuição.

O baixo grau de utilização dos mamógrafos em relação à sua capacidade de produção expressa dificuldades para além da distribuição geográfica dos equipamentos. A média nacional do grau de utilização dos mamógrafos está abaixo da metade da capacidade dos equipamentos. Esse comportamento relacionado com a cobertura da população, utilização e produção do mamógrafo pode ocorrer de forma sistemática em outros procedimentos diagnósticos. Santos *et al.* (2014) avaliaram o grau de utilização dos equipamentos de tomografia computadorizada no Brasil e observaram que ele é baixo.

Ao associar o grau de utilização à cobertura de mamografias, é possível destacar alguns pontos no comportamento dos quatro grupos classificados segundo as médias nacionais. Nas regiões onde a cobertura e o grau de utilização são altos, ocorre uma relação direta entre estes dois indicadores, assim como nas regiões onde ambas são baixas.

Nas regiões onde a cobertura é alta e o grau de utilização é baixo, destacam-se alguns fatores que podem elucidar esse comportamento. Em 77 Regiões de Saúde, o grau de utilização é zero, destas, 54 não tinham mamógrafos SUS. Possivelmente, o comportamento das 23 regiões que dispõem de equipamentos e não apresentaram produção pode estar relacionado a problemas com as informações do CNES quanto ao uso ou à ausência de profissionais habilitados para realização do exame, como destaca Gutierrez (2009). Em algumas dessas regiões sem a presença de equipamentos e onde a cobertura é elevada, como por exemplo, a Região de Seabra (BA), ocorre a utilização de mamógrafos móveis.

Em regiões onde ocorre alto grau de utilização e baixa cobertura, é possível que exista baixo número de equipamentos, o que pode sobrecarregar os existentes. Nesses casos, seria interessante verificar a viabilidade de aumentar o número de mamógrafos. Outra questão importante é que essas regiões podem estar recebendo pacientes não residentes. Contudo, deve-se observar esses resultados com parcimônia, já que foi verificado em algumas Regiões de Saúde número de equipamentos insuficientes para o número de exames realizados, como, por exemplo, as regiões de Garanhuns (PE) e Caicó (RN).

A situação da cobertura do rastreamento para detecção precoce do câncer de mama em mulheres de 40 a 69 anos é problemática, e não se pode apontar a falta de equipamentos como a causa única e direta dos problemas. Possivelmente, a distribuição dos equipamentos entre as unidades geográficas, associada à disponibilidade de recursos humanos para operação dos equipamentos e mesmo o acesso à recomendação de realização do exame, também se enquadra no

conjunto de questões relacionadas com as lacunas do rastreamento (ELKIN *ET AL.*, 2010).

Para além das desigualdades socioeconômicas e geográficas, há uma complexa articulação de características que ampliam o caráter desafiador da questão. Comparar as situações registradas pelo Rio Grande do Sul e por Pernambuco é bastante interessante nesse contexto. O primeiro tem excedente de mamógrafos e baixo grau de utilização, enquanto o último registra a situação contrária: falta de mamógrafos e grau de utilização acima da média nacional, entre as mais significativas do País. A cobertura da população de acordo com as necessidades se assemelha entre os dois estados.

Para tornar efetivas as ações de rastreamento para detecção precoce do câncer de mama, é necessário que sejam levadas em conta as variações acima registradas. Não basta investir em equipamentos, é necessário ampliar a disseminação de informações sobre a importância da mamografia, mas principalmente dos recursos humanos envolvidos na solicitação do exame, na sua interpretação, além da operação e manutenção dos equipamentos. Especialmente no âmbito das Regiões de Saúde, como unidade espacial de organização da atenção, é necessário considerar articulações que busquem superar desafios e, assim, ampliar a atenção a uma demanda estabelecida em parâmetros nacionais e internacionais, não como obrigação do cumprimento de metas, mas sim como um compromisso com os princípios constitucionais do SUS.

É importante destacar as limitações deste estudo, relacionadas especialmente com as fontes das informações utilizadas. A situação atual pode ter apresentado alterações em relação a 2012, ano considerado na análise. No entanto, até o momento da elaboração deste estudo, os dados de projeções populacionais por faixas etárias elaborados pelo IBGE só estavam disponíveis até esse ano. Apesar das fragilidades já identificadas em outros trabalhos que utilizaram dados do CNES como Gutierrez *et al.* (2009) e Santos *et al.* (2014), este estudo optou pela sua utilização, dada a inexistência de outras fontes de dados para avaliação das Regiões de Saúde, contudo suas limitações são consideradas na abordagem das questões aqui desenvolvidas. Também é interessante destacar o fato de que os dados sobre cobertura se baseiam na população residente, enquanto o grau de utilização dos equipamentos diz respeito ao local de ocorrência. Como já indicado na seção de métodos, essa distinção foi considerada na análise, evitando que comparações ou interpretações fossem prejudicadas. Para contornar esse problema, seria ideal considerar a população potencialmente coberta pelo local de realização de exame (MAGALHÃES *ET AL.*, 2015). Entretanto, esse é um indicador de difícil construção que, no caso da unidade de análise objeto do presente estudo, poderia prejudicar a acurácia dos resultados. Ainda como limitação, ressalte-se que não foi utilizado o parâmetro de distância mínima de acesso ao exame devido à unidade de análise utilizada no presente estudo.

Dada a diversidade de situações quanto à cobertura de mamografia e à disponibilidade e utilização dos equipamentos, não existe uma única solução enquanto política de saúde. O procedimento de mamografia é considerado um exame diagnóstico de média complexidade. A sua natureza possibilita estratégias de cobertura que vão desde campanhas nacionais e mutirões até o deslocamento de equipamentos e pessoal a locais mais remotos. Contudo, este estudo aponta que o gerenciamento racional e otimizado de recursos físicos e, certamente, de recursos humanos pode solucionar algumas questões imediatas. Em longo prazo, um caminho interessante é a articulação entre as diferentes esferas governamentais. Nessa perspectiva, a regionalização pode significar o uso mais eficiente de recursos, a ampliação do acesso e a melhor qualidade da atenção à saúde (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Assim, deve-se considerar que a regionalização não se baseie

apenas na delimitação física do espaço geográfico em função da esfera administrativa, mas ponderar também questões como acesso geográfico e a rede de referência e contrarreferência de serviços (GONDIM *ET AL.*, 2008).

A utilização de parâmetros específicos para o cálculo de equipamentos e recursos humanos é uma prerrogativa válida e necessária para o planejamento do atendimento de saúde. Entretanto, devem ser incorporados mecanismos de análise de produção e utilização dos serviços e equipamentos vinculados à solicitação e disponibilização dos recursos. Sem esses mecanismos de avaliação, recursos podem estar sendo subdimensionados ou superdimensionados e, consequentemente, subutilizados. ■

## Referências


AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Informações em saúde suplementar.* Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def >. Acesso em: 16 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União,* Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 08 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Parâmetros para o rastreamento do câncer de mama: recomendações para gestores estaduais e municipais.* Rio de Janeiro: INCA, 2009. 13 p.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Nota Técnica* Revisão do Parâmetro para Cálculo da Capacidade de Produção do Mamógrafo Simples, 2015a. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/fb4249004a99e827be5dfe504e7bf539/Nota+Revis%C3%A3o+Capacidade+dos+Mam%C3%B3grafos+2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=fb4249004a99e827be5dfe504e7bf539>. Acesso em: 24 jul. 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. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 08 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <http://www.fehosp.com.br/app/webroot/files/manuais/5ffa8d1e03f7edb01e1eed7b07178cfb.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2016.

ELKIN, E. B. *et al*. Geographic access and the use of screening mammography. *Medical care,* Philadelphia, v.

48, n. 4, p. 349-356, 2010.

GEBRIM, L. H.; QUADROS, L. G. A. Rastreamento mamográfico no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,* Rio de Janeiro, v. 28, p. 319-323, 2006.

GONDIM, G. M. *et al*. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. *et al*. (Org.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p.183-203.

GUTIERREZ M. *A oferta de tomógrafo computadorizado para o tratamento do acidente vascular cerebral agudo, no Brasil, sob o ponto de vista das desigualdades sociais e geográficas.* 2009. 61 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas:* Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em 31 jan. 2015.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência e Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LIMA-COSTA, M. L.; MATOS, D. L. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003). *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1665-1673, jul, 2007.

LIMA, L. D. *et al*. Regionalização e saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al*. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 823-852.

MAGALHÃES, M. A. F. M; XAVIER, D. R.; MATOS, V. Projeto Saúde Amanhã. *Relatório de Pesquisa Sobre Definição de área de abrangência e denominador populacional para polos de atendimento municipal segundo fluxo de pacientes.* Agosto, 2015. Disponível em: <http://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/rp-4MAGALH%C3%83ES-Monica-et-al-%C3%81REA-ABRANG%C3%8ANCIA-E-DENOMINADOR-POPULACIONAL-POLOS-ATENDIMENTO-MUNICIPAL.pdf>. Acesso em: 8 set. 2016.

OLIVEIRA, E. X. G. *et al*. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3649-3664, 2011.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Health at a glance 2013. Paris: OECD Publishing, 2013. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2016.

SANTOS, D. L. D. *et al*. Capacidade de produção e grau de utilização de tomógrafo computadorizado no Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 30, n.6, p. 1293-1304, 2014.

SILVA, G. A. Câncer de mama no Brasil: estratégias para o seu enfrentamento. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 28, n.1, p. 4-5, jan. 2012.

SILVA, G. A. *et al*. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1537-1550, jul. 2014.

VIACAVA, F. *et al*. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciência e Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 17, p. 921-934, 2012.

VIACAVA, F. *et al*. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

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

# O Orçamento por Desempenho como ferramenta para gestão e avaliação da política de saúde no município de São Bernardo do Campo, no período 2006 a 2012

*The Budget for Performance as a tool for management and evaluation of health policy in the municipality of São Bernardo do Campo, from 2006 to 2012*

José Alexandre Buso Weiller[1], Áquilas Nogueira Mendes[2]

**RESUMO** Este artigo tem como objetivo avaliar o desempenho do gasto em saúde do município de São Bernardo do Campo, no período de 2006 a 2012, a partir de uma metodologia de desempenho do orçamento na saúde que busque relacionar o planejamento com os resultados da política de saúde alcançados. Trabalha-se com os instrumentos orçamentários Planos Plurianuais (PPAs), Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDOs), Leis Orçamentárias Anuais (LOAs) e, ainda, relatórios e planilhas provenientes dos processos de pactuação em saúde. Assim, utiliza-se uma metodologia baseada no instrumento Orçamento por Desempenho, que permite avaliar a relação entre as metas alcançadas no município de São Bernardo do Campo, os recursos envolvidos e os resultados das políticas de saúde sob a ótica do orçamento.

**PALAVRAS-CHAVE** Orçamentos. Avaliação de desempenho. Avaliação em saúde. Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** *This article aims to evaluate the performance of health expenditure of the municipality of São Bernardo do Campo, in the period 2006-2012, from a methodology of the budget's performance in health which seeks to relate the planning with the results of health policy achieved. It is used the budgetary instruments Multiannual Plans (PPAs), Budget Guidelines Laws (LDOs), Annual Budgetary Laws (LOAs) and, also, reports and spreadsheets from the pact processes in health. Thus, the article uses a methodology based on the instrument 'Budget for Performance', which allows evaluate the relationship between the goals achieved in the municipality of São Bernardo do Campo, the resources involved and the results of the health policies from the perspective of the budget.*

**KEYWORDS** *Budgets. Performance evaluation. Health evaluation. Unified Health System.*

[1] Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública – São Paulo (SP), Brasil.
*jose.alexandre.bw@gmail.com*

[2] Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública – São Paulo (SP), Brasil.
*aquilasn@uol.com.br*

 DOI: 10.1590/0103-1104201611003

# Introdução

A política de saúde, com vistas a um processo de mudança e melhora das condições de vida da população, deve vir sempre acompanhada de um contexto que apresente um modo de gestão dessa ação pública e seus respectivos monitoramento e avaliação. Pensar o agir dos entes públicos é estabelecer, a partir das políticas, um constante processo de gestão que envolva o planejamento, o orçamento e seus respectivos controles e avaliações.

Segundo Paim e Teixeira (2006), a política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde, referenciando-se ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas, e, ainda, expressa dimensões do poder. Isso pode indicar que a política de saúde abrange as relações de poder na conformação da agenda, na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas.

Assim, essa forma de pensar a política de saúde envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes. Ampliando-se a análise, torna-se fundamental a elaboração de estudos da política de saúde que busquem relacionar as políticas econômicas e sociais e o controle social, no campo da economia da saúde.

Nessa perspectiva, é preciso ressaltar que os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), previstos na Constituição Federal de 1988, asseguram uma base para a execução da política de saúde. Da mesma forma, o artigo nº 165 dessa Constituição estabelece os instrumentos do processo orçamentário público, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), que compreendem as metas e prioridades a serem executadas da administração pública, em geral, e da saúde, em particular.

Quando considerada a avaliação econômica da saúde, Bonacim e Araujo (2011) indicam que esse processo assume um papel de destaque em todo o mundo, exigindo dos gestores governamentais novos desafios na busca contínua da eficiência e da eficácia das suas atividades. As informações de orçamento e custos associadas aos indicadores de produção e qualidade, embora insuficientes para a visão de conjunto institucional, são importantes no planejamento, na tomada de decisão dos gestores e na avaliação do desempenho da política de saúde.

Segundo Campos (1994, p. 65), "a gestão de um sistema de saúde considera importante o planejamento como instrumento gerencial para ordenar a produção de serviços de saúde". Assim, o planejamento deve contribuir para alcançar melhores alocação e distribuição de recursos, utilizando como ferramentas os diagnósticos epidemiológicos e das necessidades de saúde. Por essa perspectiva, é possível afirmar que a política de saúde é eficaz quando a ação planejada for realizada.

Para Mendes e Santos (2001), o Estado necessita de ferramentas gerenciais ágeis e competentes para que as políticas públicas, por ele implementadas, sejam eficientes e eficazes. Uma política é eficiente quando gasta menos tempo e recursos (financeiros, materiais e humanos) para a sua realização. Para tanto, espera-se que a atuação do Estado se paute pelo princípio da racionalidade, isto é, da otimização de recursos, que só é possível a partir de um planejamento que envolva a solução de problemas e o aproveitamento das potencialidades existentes.

Assim, um novo modelo de gestão orçamentário-financeira que contemple uma lógica de relação entre planejamento da política de saúde e orçamento deve ser pensado à luz de um ciclo do conceito de gestão mais ampliado. Essa ideia é marcada pelas contribuições de Mendes e Santos (2001). Para esses autores, esse novo modelo, então, deve seguir uma lógica que compreenda a relação entre as funções de planejamento, orçamento, execução orçamentária, acompanhamento, controle público (exercido pela sociedade como

um todo) e a avaliação. Dessa forma, a gestão orçamentário-financeira deve ser encarada como um instrumento de integração dessas funções aos objetivos, produtos e resultados das políticas públicas.

Nesse sentido, uma interessante ferramenta que relaciona o orçamento e os reais impactos da política planejada refere-se ao Performance Budget (PB), utilizado neste trabalho a partir da produção de Robinson (2008). O PB tem a função básica de relacionar, a partir de diferentes eixos de avaliação com indicadores específicos, os recursos despendidos em ações públicas e seus respectivos resultados, visando aos reais impactos nas condições de vida da sociedade.

Um movimento importante realizado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) foi a publicação de um livro, em 2009, que relatou e discutiu os processos históricos de desenvolvimento da gestão e do Orçamento por Desempenho nos países que compõem essa organização. Tal livro, 'Performance Budgeting in OECD countries' (2007), indica em seu prefácio:

> Os governos estão sob pressão para avaliar o seu próprio desempenho. A informação sobre o desempenho do setor público pode satisfazer a necessidade pública de saber, e pode ser usada para mostrar que os governos fornecem uma boa relação custo-benefício através de suas ações. Talvez o mais importante, a informação sobre o desempenho tenha o potencial de ajudar os governantes a tomarem decisões melhores no orçamento e na gestão. (OECD, 2007, P. 3, TRADUÇÃO NOSSA).

Assim, a questão central do desempenho se mostra essencial, dada a necessidade e o anseio da população por melhores serviços e, no caso da saúde, por melhores condições de vida e saúde. Nesse sentido, têm sido frequentes os estudos que utilizam o desempenho como instrumento importante na avaliação da gestão dos sistemas e serviços de saúde (COSTA *ET AL.*, 2015; MICLOS *ET AL.*, 2015).

Este trabalho, portanto, parte de uma indagação central: em que medida é possível manter a relação entre o planejamento, o orçamento e o gasto em saúde e os efeitos sobre a melhoria da saúde da população? Tal questionamento nos coloca o desafio de utilizar uma ferramenta que responda à cumplicidade entre planejamento e orçamento, viabilizando uma política de saúde mais efetiva.

O presente estudo tem como objetivo avaliar o desempenho do gasto em saúde do município de São Bernardo do Campo, a partir de uma metodologia de desempenho do orçamento na saúde que busque relacionar o planejamento com os resultados da política de saúde alcançados. Assim, utiliza-se de uma metodologia baseada no instrumento Orçamento por Desempenho, que permite avaliar a relação entre as metas alcançadas no município de São Bernardo do Campo, os recursos envolvidos e os resultados das políticas de saúde sob a ótica do orçamento.

## Métodos

Foram efetuados levantamentos e comparações dos dados secundários sobre gastos em saúde e indicadores de resultados em saúde do município de São Bernardo do Campo (SBC). A escolha desse município como estudo de caso deve-se ao fato de São Bernardo integrar a Região de Saúde do ABC – uma das mais organizadas e influentes regiões do estado de São Paulo – e por, desde 2009, ter se constituído no município 'modelo' das gestões do Partido dos Trabalhadores (PT), com inovações no processo de planejamento em saúde.

Destaca-se, ainda, que o município sempre apresentou um forte desenvolvimento econômico e de ampliação de sua extensão urbana, porém, com uma rede de serviços de saúde pública reconhecidamente desorganizada, numa lógica 'pré-SUS', ou seja, que, mesmo após a Constituição de 1988, Leis nº

8.080/90 (BRASIL, 1990A) e nº 8.142/90 (BRASIL, 1990B), manteve estruturas que apenas no último quadriênio do período do estudo começaram a apresentar mudanças no sentido de fortalecimento do SUS em âmbito municipal (CHIORO, 2011; SANTOS JR., 2011).

O período de análise dos documentos e dados está compreendido entre 2006 e 2012, referente a duas gestões municipais (2006-2008 e 2009-2012). Importante destacar que o ano de 2005 não é considerado nesta análise, pois, para esse ano, o município de São Bernardo do Campo não disponibilizou o rol de indicadores via Pacto de Indicadores da Atenção Básica.

Essa caracterização da pesquisa possibilitou uma análise comparativa da gestão em saúde de diferentes grupos gestores.

O período torna-se ainda mais relevante por abranger a implantação do Pacto pela Saúde, instituído através da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga e aprova as diretrizes do Pacto em 2006 (BRASIL, 2006). Além desse importante aspecto, o período contempla, ainda, a instituição de novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada do SUS, via Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011), que regulamentou a Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990A) ao explicitar conceitos, princípios e diretrizes do SUS, que passaram a exigir uma nova dinâmica na organização e na gestão do sistema de saúde.

A fim de assegurar adequado tratamento à indagação central deste estudo, foram utilizadas as informações orçamentárias do PPA, das LDOs e das LOAs, além das agregações das despesas conforme as subfunções indicadas pela Portaria nº 42/1999, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, tais como: atenção básica, assistência ambulatorial e hospitalar, produtos profiláticos e terapêuticos, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, alimentação e nutrição e outras subfunções. Essas informações foram relacionadas com a ferramenta que contribui para mensurar o melhor desempenho da ação pública em saúde, denominada Performance Budget (PB), isto é, Orçamento por Desempenho (NOBREGA, 2011).

Segundo Nóbrega (2011), o PB constitui prática de entronizar nos orçamentos a avaliação de programas de governo, evidenciando quão efetivos podem ser os gastos públicos. Considerou-se tal tema relevante, uma vez que muitas áreas do governo carecem de uma adequada avaliação das prioridades e da mensuração de resultados.

Para a análise das informações e dos dados levantados, elaborou-se uma matriz de avaliação das ações que foram realizadas no campo da saúde pública pelo município escolhido, tendo em vista o impacto gerado segundo seu planejamento. Essa matriz contém os indicadores pactuados e selecionados em São Bernardo do Campo nos anos de análise destacados nos planos de saúde, nas pactuações regionais e, mais recentemente, presentes no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap). Tais indicadores foram organizados segundo as categorias do PB: Recursos, *Outputs*, Eficiência e *Outcomes*.

Nóbrega (2011) define que, de acordo com um PB, os resultados podem ser evidenciados através do impacto que o programa tem sobre os indivíduos, as estruturas sociais e o próprio governo. É necessária uma definição prévia dos resultados esperados para que, então, eles possam ser analisados segundo o esperado. Ainda, segundo o autor, para definição de produtos, algumas categorias são importantes:

> Recursos: como número de professores, escolas construídas, livros distribuídos etc. Embora esses elementos não representem indicadores de *performance,* podem prover valiosas informações para controle de custos e para a elaboração de outros indicadores. Se o número de pessoas atendidas por determinado programa de governo está bem aquém daquilo que fora esperado, certamente medidas corretivas devem ser tomadas.

> *Outputs*: sua medida é fundamental porque representa o resultado imediato. É interessante observar que, na maioria das vezes, apenas há atenção na questão do resultado imediato, e, a partir daí, tiram-se conclusões.
>
> Eficiência: em conceito econômico, significa *output* por unidade monetária; no entanto, quando avaliamos programas de governo, a resposta não pode ser tão simples. Os programas de governo devem atender a outros critérios além da mera questão quantitativa. Aspectos com efeitos redistributivos devem ser avaliados e muitas vezes passam ao largo de avaliações dos órgãos ou instâncias de controle. Assim, eficiência não é um conceito absoluto. Deve relacionar-se ao programa que está sendo avaliado.
>
> *Outcomes:* representam um passo adiante na avaliação dos programas de governo. São indicadores mais amplos dos verdadeiros resultados, avaliando se o programa está tendo uma função transformadora na sociedade. São fundamentais para sinalizar ao governo se os objetivos estão sendo alcançados e quais medidas corretivas podem ser tomadas. (NOBREGA, 2011, P. 721).

Para a escolha dos indicadores a serem agrupados em cada uma das quatro dimensões do PB, deve-se destacar que, no decorrer dos anos, o número de indicadores pactuados entre os entes federados, e que deveriam ter acompanhamento ano a ano, variou. Assim, este estudo consolidou os indicadores que tiveram sua frequência em mais de três anos no período analisado (2006-2012), totalizando um conjunto de 33 indicadores.

Para a melhor compreensão da análise por desempenho, organizou-se uma tipologia dos indicadores e seus resultados por meio de cores distintas, apresentadas nas *tabelas 1*, *2*, *3* e *4* do item Resultados. Para a meta alcançada, utilizamos a cor cinza claro, e para as metas não alcançadas, foi utilizada a cor cinza escuro.

Antes de iniciar as avaliações segundo categorias do PB, destaca-se que no ano de 2006 não houve processo de pactuação e acompanhamento obrigatório para os entes federados, o que inviabiliza a obtenção dos dados com as metas estabelecidas naquele ano. Porém, este trabalho trouxe os dados de 2006 e os comparou com as metas que foram estabelecidas em 2007, a fim de assegurar uma análise mais ampla com relação à temporalidade dos resultados.

Para averiguação do alcance ou não das metas que foram propostas, ano a ano, as *tabelas 1*, *2*, *3* e *4* tiveram suas colunas organizadas em Meta proposta (P[1]) e Resultado alcançado (A[2]). Assim, comparou-se cada resultado obtido no ano com a sua respectiva meta proposta.

Os dados orçamentário-financeiros (despesas por subfunção) foram corrigidos segundo o Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna (IGP-DI), da Fundação Getúlio Vargas (FGV), com base em dezembro de 2012.

## Resultados e discussão

Os resultados do presente trabalho mostram que a análise dos indicadores pactuados por São Bernardo do Campo e relacionados nos seus instrumentos de planejamento e nos relatórios de gestão, agregados segundo as categorias do Orçamento por Desempenho, foi satisfatória, apresentando uma melhora dos mesmos ao longo do período estudado.

Ao se iniciar a organização das categorias do PB, primeiramente, considera-se que, na categoria Recursos, os indicadores demonstraram como os recursos que estavam disponíveis à política de saúde em implementação foram utilizados para realizar ações em saúde, porém, que não indicaram, necessariamente, a realização de processos de trabalho, resultados imediatos ou resultados de longo prazo.

A *tabela 1* apresenta que tanto o primeiro quanto o segundo indicador – 'Média anual de consultas médias por habitante nas especialidades básicas' e 'Cobertura da primeira consulta odontológica programática' – não foram acompanhados nos últimos três anos de análise e que não tiveram suas metas atingidas nos anos anteriores.

Tabela 1. Relação de indicadores estabelecidos para a categoria Recursos do Orçamento por Desempenho segundo despesa por subfunção em São Bernardo do Campo, de 2006 a 2012

| | | 2006 | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Subfunção** | **Indicador** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** |
| 301 - Atenção Básica | Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas | 1,6 | 1,7 | 1,66 | 1,7 | 0,87 | 1,7 | - | - | - | - | - | - | - |
| 301 - Atenção Básica | Cobertura da primeira consulta odontológica programática | 4,8 | 11 | 4,1 | 11,5 | 6,22 | 11,5 | 5,65 | - | - | - | - | - | - |
| 301 - Atenção Básica | Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família | 7,43 | 7,43 | 6,47 | 7,43 | 5,33 | 7,43 | 5,7 | 18 | 8,95 | 30 | 36,8 | 50 | 47,77 |
| 301 - Atenção Básica | Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica | - | - | - | 45,8 | 42,77 | 45,8 | 46,49 | 47 | 31,07 | 48 | 53,78 | 58 | 61,95 |
| 305 - Vigilância Epidemiológica | Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade | 95,59 | 95 | 97,5 | 95 | 99 | 95 | 97,5 | 95 | 75,94 | 95 | 97,01 | 95 | 93,7 |
| Outras subfunções | Taxa de cobertura Caps por 100 mil habitantes | - | - | - | 0,26 | 0 | 0,26 | 0,24 | - | - | 0,92 | 0,59 | 1 | 1,03 |
| Outras subfunções | Índice de contratualização de unidades conveniadas ao SUS | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | - | - | - | - | - | - | 75 | 75 |

Fonte: Sispacto (Sistema de Pactuação dos Indicadores).

[1] Meta proposta.

[2] Resultado alcançado.

(-) Sem registro.

Entre os cinco demais indicadores, os melhores resultados ficaram com o indicador 'Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade', que, apenas em 2010, teve resultado abaixo da meta estabelecida.

Importante destacar que, para o indicador 'Proporção da população cadastrada pela estratégia saúde da família', somente após 2009, as metas estabelecidas se tornaram mais 'ousadas', com a proposição de aumento de cobertura, e que, ano a ano, foi melhorando (2011 e 2012). Fato também encontrado para o indicador de 'Taxa de cobertura Centro de Apoio Psicossocial (Caps) por 100 mil habitantes' para o ano de 2012 *(tabela 1)*.

O 'Índice de contratualização de unidades conveniadas ao SUS' teve 100% de alcance das metas entre 2006 e 2008, porém, nos anos de 2009, 2010 e 2011, esse indicador não esteve presente nas pactuações do município.

Nota-se, também, que a categoria Resultados do PB teve melhor desempenho, isto é, alcance de metas dos indicadores, no segundo quadriênio do período analisado, sendo 7 bons resultados no 1º quadriênio da gestão (2005 a 2008), e 10 no 2º quadriênio (2009 a 2012).

Entre 2006 e 2012, o indicador 'Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade' (indicador associado à vigilância epidemiológica) obteve um excelente desempenho, na medida em que os resultados alcançados foram superiores às metas propostas. Pode-se inferir que tal situação foi facilitada pelos constantes e crescentes recursos despendidos com a subfunção 'vigilância epidemiológica', que obteve um acréscimo de seus recursos de 3.616%, passando de R$ 281,0 mil para R$ 10,4 milhões, respectivamente.

Uma relação importante é feita considerando as 'Despesas liquidadas e inscritas em restos a pagar segundo a subfunção' atenção básica. A partir de 2010, as despesas com essa subfunção são retomadas e têm seus valores em crescimento, passando de R$ 90 milhões, em 2010, para R$ 111 milhões, em 2011, e atingindo R$ 141 milhões, em 2012. Essa evolução pode ter garantido suficiência de recursos para o cumprimento das metas para os indicadores sobre a 'Proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família' e o 'Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pela atenção básica', conforme indica a *tabela 1*.

Para a análise dos indicadores na categoria *Outputs*, considerou-se que os indicadores relacionados deviam demonstrar alguns resultados imediatos e que o município possivelmente os alcançou mediante ações em saúde realizadas, porém, não necessariamente indicaram real impacto em melhores condições de vida da população. Importante citar que esses indicadores teriam e têm grande relevância de uso nas LDOs, uma vez que essas representam e devem conter as avaliações das metas ano a ano, diferentemente dos PPAs, que olham os resultados a cada quadriênio.

De forma geral, de acordo com a *tabela 2*, das 40 avaliações realizadas para os 7 indicadores relacionados ao longo dos anos em estudo, 15 não superaram as metas. O indicador de 'Taxa de cura de casos novos de tuberculose bacilífera' foi o que apresentou os piores resultados durante os anos, tendo sua meta superada apenas em 2006.

Tabela 2. Relação de indicadores estabelecidos para a categoria *Outputs* do Orçamento por Desempenho segundo despesas por subfunção em São Bernardo do Campo, de 2006 a 2012

| | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Subfunção** | **Indicador** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** |
| 301 - Atenção Básica | Taxa de internação por diabetes *mellitus* e suas complicações na população de 30 anos e mais | 1,52 | 1,3 | 11,4 | 9,7 | 4,08 | 9,7 | 5,4 | 3,6 | 1,51 | 3 | 2,16 | - | - |
| 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial | Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) | 21,5 | 21,5 | 20,7 | 20,7 | 19,7 | 20,7 | 20,1 | 7,2 | 4,79 | 7 | 6,79 | - | - |
| 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial | Taxa de cura de hanseníase nos anos das coortes | 86,1 | 80 | 100 | 90 | 85 | 90 | 91,3 | 90 | 79,3 | 90 | 100 | 89 | 95 |
| 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial | Taxa de cura de casos novos de tuberculose bacilífera | 87,6 | 85 | 81,8 | 85 | 81,8 | 85 | 75,7 | 85 | 19,8 | 85 | 83 | 85 | 42,6 |
| 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial | Proporção de partos cesáreos | 57,8 | 46,2 | 36,1 | 38,4 | 33,8 | 38,4 | 35,2 | - | - | - | - | 43 | 37,1 |
| 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial | Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur | - | - | - | 13,7 | 12,1 | 13,7 | 14,4 | 14,1 | 12 | 13,9 | 14,4 | 14 | 14 |
| 306 - Alimentação e Nutrição | Percentual de crianças menores de cinco anos com baixo peso para idade | - | - | - | 3 | 3,5 | 3 | 2,63 | 2,6 | 1,75 | 3 | 2,5 | - | - |

Fonte: Sispacto (Sistema de Pactuação dos Indicadores).

[1] Meta proposta.

[2] Resultado alcançado.

(-) Sem registro.

As taxas de internação por diabetes mellitus e por Acidente Vascular Cerebral (AVC) tiveram resultados que superaram as metas de 2008 a 2011, casos parecidos com o de 'Percentual de crianças menores de cinco com baixo peso para a idade'.

Destaca-se aqui o indicador 'Proporção de partos cesáreos', pois representa uma mudança real em toda uma rede de cuidado em saúde que se inicia na orientação e na indicação ao parto normal, desde uma visita domiciliar realizada por uma equipe de saúde até a organização e o trabalho, com uma educação em saúde que leve as equipes dos hospitais a realizar mais partos normais em vez dos cesáreos. Trata-se de um indicador que representa uma mudança em toda uma forma de cuidado em diferentes pontos da rede de serviços de saúde.

Tem-se, então, que para a categoria *Outputs* houve o cumprimento de metas por 9 vezes, considerando todos os indicadores. Situação diferente foi encontrada no 2º quadriênio, em que o alcance das metas ocorreu 16 vezes.

Ao relacionar essa categoria com as 'Despesas liquidadas e inscritas em restos a pagar segundo sua subfunção', a partir de 2010, as despesas com assistência hospitalar e ambulatorial apresentam crescimento, passando de R$ 451 milhões, em 2010, para R$ 506 milhões, em 2011, e alcançando R$ 557 milhões, em 2012. Esse aumento da despesa pode ter garantido o cumprimento das metas para os indicadores sobre 'Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC)', 'Taxa de cura de hanseníase nos anos das coortes', 'Proporção de partos cesáreos' e 'Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur', conforme indicado na *tabela 2*.

Para a categoria Eficiência, procurou-se associar o conceito de Nóbrega (2011, P. 694) – que indica a necessidade de se avaliar a eficiência "não como um conceito absoluto, devendo relacionar-se ao programa que está sendo avaliado" – com o conceito de eficiência, elaborado pelo Tribunal de Contas da União (TCU) (BRASIL, 2000, P. 15), enquanto "dimensão que se refere ao esforço do processo de transformação de insumos em produtos". Assim, para além da visão clássica econômica que, muitas vezes, atribui à eficiência a noção de custo-benefício (melhor resultado com o menor recurso empregado), trabalhou-se com a definição de eficiência que se refere à garantia de realização do processo de trabalho/cuidado que, não necessariamente, acarretou resultados imediatos ou em longo prazo.

Quando analisada a *tabela 3*, identifica-se que os três primeiros indicadores tiveram, nos primeiros anos, resultados aquém das metas propostas, com melhora no desempenho a partir de 2011.

Tabela 3. Relação de indicadores estabelecidos para a categoria Eficiência do Orçamento por Desempenho segundo despesas por subfunção em São Bernardo do Campo, de 2006 a 2012

| | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Subfunção** | **Indicador** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | |
| 301 - Atenção Básica | Razão entre exames preventivos do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária | 0,14 | 0,2 | 0,11 | 0,2 | 0,06 | 0,2 | 0,1 | 0,15 | 0,04 | 0,18 | 0,18 | 0,4 | 0,5 | |

Tabela 3. (cont.)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 301 - Atenção Básica | Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal | 80,4 | 80 | 77,8 | 75 | 80,5 | 75 | 81 | 80,5 | - | 80,8 | 81,3 | 80 | 80,4 |
| 301 - Atenção Básica | Média anual da ação coletiva escovação dental supervisionada | - | 3,5 | 1,3 | 3,5 | 1,49 | 3,5 | 0,52 | - | - | 3,11 | 3,17 | 3,2 | 2,09 |
| 301 - Atenção Básica | Média mensal de visitas domiciliares por família | - | 0 | 0,78 | 1 | 0,77 | 1 | 0,66 | - | - | - | - | - | - |
| 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial | Taxa de notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA) em menores de 15 anos | 1,44 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | - | - | - | - | - | - |
| 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial | Percentual de seguimento/ tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero | - | - | - | 100 | 3,69 | 100 | 88,6 | 80 | 59,8 | 85 | 87,7 | 86 | 82,1 |
| 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial | Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano. | - | - | - | - | - | - | - | 0,18 | 0,15 | 0,2 | 0,21 | 0,4 | 0,42 |
| 303 - Suporte Profilático e Terapêutico | Proporção de casos de hepatites b e c confirmados por sorologia | - | - | - | 95 | 85 | 95 | 97 | 95 | 95,5 | 95 | 98,8 | - | - |
| 305 - Vigilância Epidemiológica | Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados | 93,9 | 75 | 94 | 75 | 77,2 | 75 | 75 | 80 | - | 90 | 96,8 | 95 | 80 |

Tabela 3. (cont.)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 305 - Vigilância Epidemiológica | Proporção de doenças exantemáticas investigadas oportunamente | 100 | 80 | 96,4 | 80 | 88,5 | 80 | 93,9 | - | - | - | - | - | - |
| 305 - Vigilância Epidemiológica | Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causa básica definida | 99,3 | 95 | 99,6 | 95 | 99,1 | 95 | 99 | 95 | - | 95 | 99,2 | 95 | 81 |
| 305 - Vigilância Epidemiológica | Números de casos de sífilis congênita notificados | 10 | 18 | 4 | 3 | - | - | - | 7 | 10 | 11 | 19 | 28 | 21 |
| 305 - Vigilância Epidemiológica | Proporção de investigação de óbitos infantis | - | - | - | 30 | 53,3 | 30 | 65,9 | - | - | - | - | 95 | 87 |
| 305 - Vigilância Epidemiológica | Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação | - | - | - | 80 | 91,2 | 80 | 89 | 80 | 90,3 | 88 | 95,9 | 90 | 97,9 |

Fonte: Sispacto (Sistema de Pactuação dos Indicadores).

[1] Meta proposta.

[2] Resultado alcançado.

(-) Sem registro.

Os indicadores 'Média mensal de visitas domiciliares por família' e 'Taxa de notificação de casos de Paralisia Flácida Aguda (PFA) em menores de 15 anos' não foram considerados nas pactuações após 2009, tendo o primeiro indicador apenas uma vez a meta cumprida (2007), e o segundo, metas alcançadas em todos os anos.

Quando analisado o indicador 'Percentual de seguimento/tratamento informado de mulheres com diagnóstico de lesões intraepiteliais de alto grau do colo do útero', notou-se que apenas em 2011 a meta proposta foi alcançada, tendo por quatro anos resultados abaixo do esperado.

Já para a 'Razão entre mamografias realizadas nas mulheres de 50 a 69 anos e a população feminina nesta faixa etária, em determinado local e ano', foi possível observar o uso do indicador a partir de 2010, não obtendo um bom resultado nesse ano, porém, alcançando as metas nos dois anos seguintes (2011 e 2012).

A 'Proporção de casos de hepatites B e C confirmados por sorologia' teve alcance de metas a partir do ano de 2009, porém, não foi considerado como indicador para avaliação em 2012 (*tabela 3*).

O indicador 'Proporção de doenças exantemáticas investigadas oportunamente' teve bons resultados nos anos em que foi utilizado (alcance das metas propostas), porém, a partir de 2010, não foi mais utilizado.

A respeito dos indicadores 'Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados', 'Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM (Sistema de Informação sobre

Mortalidade) com causa básica definida', 'Números de casos de sífilis congênita notificados' e 'Proporção de investigação de óbitos infantis', houve uso em quase todos os anos de análise, porém, em 2011 e 2012, obteve-se resultados aquém das metas propostas *(tabela 3)*.

Observa-se que o indicador 'Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) encerrados oportunamente após notificação' foi utilizado em praticamente todos os anos, com bons resultados em todos eles.

Ao se considerar o quadro total para a categoria Eficiência, nota-se que o 1º quadriênio obteve maior número de metas alcançadas, 18, ao passo que o 2º quadriênio atingiu 15.

Uma relação importante, ainda considerando a categoria Eficiência, é feita considerando as 'Despesas liquidadas e inscritas em restos a pagar segundo a subfunção'. Como mencionado na análise da categoria resultados, a partir de 2010, as despesas com a subfunção 'atenção básica' foram crescentes. Tal fato pode ter contribuído para o cumprimento das metas para os indicadores: 'Razão entre exames preventivos do câncer do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária', 'Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal' e 'Média anual da ação coletiva escovação dental supervisionada' *(tabela 3)*.

Para a categoria *Outcomes* organizaram-se indicadores que representam um passo adiante na avaliação dos programas de governo, sendo possível a análise de resultados em médio e longo prazos, isto é, resultados mais efetivos junto à população, possibilitando uma avaliação a respeito de os programas estarem ou não cumprindo uma função transformadora na sociedade.

A *tabela 4* mostra, positivamente, que o indicador 'Taxa de letalidade por febre hemorrágica de dengue' foi mantido como indicador a partir de 2008 e que teve bons resultados em todos os demais anos.

Tabela 4. Relação de indicadores estabelecidos para a categoria *Outcomes* do Orçamento por Desempenho segundo despesas por subfunção de São Bernardo do Campo, de 2006 a 2012

| | | 2006 | 2007 | | 2008 | | 2009 | | 2010 | | 2011 | | 2012 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Subfunção** | **Indicador** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** | **P[1]** | **A[2]** |
| 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial | Taxa de letalidade por febre hemorrágica de dengue | - | - | - | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 303 - Suporte Profilático e Terapêutico | Taxa de mortalidade por Aids | 5,58 | 6 | 0 | 3,1 | 0 | 3,1 | 0 | 1 | 0 | 1,2 | 3,67 | 3,3 | 2 |
| Outras subfunções | Coeficiente de mortalidade infantil | 12,5 | 12,5 | 12,5 | - | - | - | - | - | - | 12 | 10 | 9,9 | 9,4 |
| Outras subfunções | Coeficiente de mortalidade neonatal | 7,64 | 7,25 | 8,08 | 7,7 | 7,8 | 7,7 | 6,9 | - | - | 7,45 | 6,29 | - | - |
| Outras subfunções | Coeficiente de mortalidade neonatal tardia | 2,64 | 2 | 5,04 | 4,7 | 4,2 | 4,7 | 6 | - | - | 4,54 | 3,74 | - | - |

Fonte: Sispacto (Sistema de Pactuação dos Indicadores).

[1] Meta proposta.

[2] Resultado alcançado.

(-) Sem registro.

Para o indicador 'Taxa de mortalidade por Aids' por 100 mil habitantes, nota-se o cumprimento das metas em quase todos os anos analisados, com exceção de 2011. Importante notar que, a partir de 2010, as metas propostas foram reduzidas para 1,0, porém, o indicador voltou ao patamar de 3,0 em 2012, assim como nos anos que antecederam 2010.

Os três últimos indicadores – 'Coeficiente de mortalidade infantil', 'Coeficiente de mortalidade neonatal' e 'Coeficiente de mortalidade neonatal tardia' – guardam uma relação entre si por se tratarem de diferentes focos sobre a mortalidade infantil. O primeiro abrange uma cobertura mais geral (menores de um ano de idade), o segundo é específico para os bebês neonatos (bebês de 0 a 28 dias de vida completos), e o último refere-se aos neonatos tardios (bebês de 7 a 27 dias de vida completos) (*tabela 4*).

O 'Coeficiente de mortalidade infantil' compõe o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) na sua dimensão Longevidade (IDH-L) e é um dos principais coeficientes que as gestões públicas em saúde têm perseguido, esforçando-se para alcançar melhores resultados. No caso do município estudado, os dois primeiros anos apresentaram resultados abaixo da meta, com melhora do quadro a partir de 2011 e 2012, superando a meta que também foi mais 'ousada' (reduzida) nesse último ano.

Os 'Coeficientes de mortalidade neonatal e neonatal tardia' tiveram, na maioria dos quatro primeiros anos, um desempenho ruim, vindo a apresentar melhores resultados no ano de 2011.

A análise geral da *tabela 4* demonstra, de forma unânime, que, no 1º quadriênio, obtiveram-se 5 resultados positivos (metas alcançadas), ao passo que, no 2º quadriênio, houve 12.

Uma relação importante é feita considerando-se as 'Despesas liquidadas e inscritas em restos a pagar segundo subfunção', onde, a partir de 2010, as despesas com as 'outras subfunções' são claramente aumentadas (médias de R$ 7.281.295,49 no 1º quadriênio e R$ 41.371.293,68 no 2º quadriênio), o que pode ter garantido suficiência de recursos para o cumprimento das metas para os indicadores sobre 'Coeficiente de mortalidade infantil', 'Coeficiente de mortalidade neonatal' e 'Coeficiente de mortalidade neonatal tardia', como pôde ser visto na *tabela 4*.

Como este trabalho tem um foco essencial sobre o desempenho das políticas públicas em saúde e sua relação com os instrumentos orçamentários, elaborou-se a *tabela 5*, que demonstra um quadro geral da quantidade de metas alcançadas em cada um dos quadriênios em que os indicadores foram utilizados e, possivelmente, acompanhados. Segundo a *tabela 5,* nota-se o predomínio de melhores resultados – metas cumpridas – no 2º quadriênio para as categorias Recursos, *Outputs* e *Outcomes*, ficando abaixo do 1º quadriênio apenas na categoria Eficiência. Na média, o primeiro período atingiu 50% de sucesso no alcance de metas propostas, ao passo que, no segundo período, 63% das metas propostas foram cumpridas.

Tabela 5. Quadro geral das metas alcançadas segundo categoria do PB e quadriênio (1º e 2º) em São Bernardo do Campo, de 2006 a 2012

| | **Recursos** | | ***Outputs*** | | **Eficiência** | | ***Outcomes*** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Quadriênio** | **1º** | **2º** | **1º** | **2º** | **1º** | **2º** | **1º** | **2º** |
| Avaliações (a) | 17 | 17 | 17 | 23 | 28 | 38 | 12 | 14 |
| Metas cumpridas (b) | 7 | 10 | 9 | 16 | 18 | 15 | 5 | 12 |
| Relação percentual (b/a) | 41% | 59% | 53% | 70% | 64% | 39% | 42% | 86% |

Fonte: Elaboração própria.

Pode-se inferir que o grupo gestor, presente no primeiro quadriênio do período analisado, teve uma preocupação com a garantia de bons resultados, focando-se mais nos processos de trabalho/cuidado que eram realizados e não necessariamente nos resultados que poderiam alcançar (*Outputs* e *Outcomes*) *(tabela 5)*.

Já o segundo grupo gestor, além de obter maior êxito no alcance das metas propostas, esteve focado, muito provavelmente, em alcançar resultados com as políticas de saúde que estavam implantando e/ou desenvolvendo. Por sua vez, então, cabe mencionar que os resultados obtidos no segundo quadriênio foram também alcançados pelo esforço das ações empreendidas no primeiro.

Com o aprofundamento da investigação dos instrumentos orçamentários (PPAs, LDOs e LOAs), foi possível perceber que houve uma evolução histórica do uso e da organização daqueles instrumentos, num sentido de considerar o desempenho/resultado como ponto fundamental, surgindo, então, o ainda vigente orçamento-programático.

Por essa lógica, o Orçamento por Desempenho, já praticado, minimamente, em vários países que compõem a OECD, seria um passo adiante na qualificação do orçamento-programa, uma vez que os indicadores estruturados segundo categorias (Recursos, *Outputs*, Eficiência, *Outcomes*) ajudam e necessitam que os instrumentos orçamentários estejam bem organizados e propostos.

Os resultados indicaram que, aproximadamente, 40% dos países que compõem a OECD iniciaram o uso de medições de resultados há pelo menos 10 ou mais anos, sendo que apenas 7,4% dos países encontravam-se em fase de desenvolvimento dessa estratégia.

Quando perguntados sobre que tipos de informações para o desempenho devem ser produzidos para avaliar a ação do governo, observou-se que o desenvolvimento de informações de desempenho é uma tendência generalizada em quase três quartos dos países da OECD. Os países têm adotado diferentes abordagens para a avaliação do desempenho, porém, apresentaram as formas de avaliação e de medições de desempenho em quantidades iguais.

Observou-se que, no tocante ao tempo em que foi iniciado o último esforço do governo para medir o seu desempenho, os países não têm uma uniformidade no período, apresentando constantes mudança e evolução. Ao longo dos últimos cinco anos, 75% dos países da OECD introduziram uma nova iniciativa.

Pode-se vislumbrar, por exemplo, que, com relação ao setor saúde, na perspectiva de um município, o secretário de saúde já possui ao seu alcance um vasto rol de indicadores para serem agregados/desenvolvidos juntamente com o processo de orçamentação. Essa característica do setor saúde pode ser considerada como indicativa da possibilidade de uso do PB nesse setor.

Se considerarmos, no serviço público, a dispersão e a duplicação de ações, as práticas emergenciais que deveriam ser corriqueiras, os gastos que não indicam uma efetividade e o retorno à população, e que todas essas práticas são comuns, temos uma realidade de políticas públicas pouco impactantes para a melhoria das condições de vida da população. Muitas vezes, para dar cumprimento a comandos legais, os entes públicos realizam despesas com total descompromisso com a efetividade e o custo-benefício do gasto. Sendo assim, os orçamentos são relevantes instrumentos para alcançar esses objetivos.

Nesse contexto, Nóbrega (2011) destaca, ao analisar o PB:

> O Performance Budget não pode ser encarado com um fim em si mesmo, mas como uma etapa de um amplo processo de reforma do setor público e que o sucesso dessa técnica depende não apenas de seu acurado aspecto técnico mas sim de uma ampla gama de fatores como o ambiente político, instituições e a situação fiscal do país. (p. 719).

Já Robinson (2008), em seu seminário, apresenta-o como um procedimento ou mecanismo, ligando os fundos providos pelo setor público e os resultados alcançados, considerando, para tanto, a informação sobre o desempenho dos programas de governo e a utilização dessa informação pelos tomadores de decisão. O principal objetivo do PB é aprimorar a alocação e a eficiência dos recursos públicos. Assim, a informação sobre o desempenho dos gastos e os recursos alocados são funções centrais para esse tipo de orçamento.

É de suma importância indicar que não há, de fato, uma metodologia específica de análise sobre o que se entende por 'desempenho' para as políticas públicas de saúde e, ao mesmo tempo, para os instrumentos orçamentários.

## Conclusão

O conceito de desempenho, nas suas mais variadas formas identificadas na análise desenvolvida, levou à organização de vários tipos de indicadores numa matriz que pudesse responder se as políticas públicas de saúde existentes em São Bernardo do Campo geraram, de fato, melhora das condições de vida da população.

Ao se avançar no estudo realizado, objetivando uma avaliação de como foram os processos de gestão da saúde pública no município de São Bernardo do Campo, identificou-se uma mudança, para melhor, a partir do início da gestão do segundo grupo gestor (2009-2012), que desencadeou uma real organização do sistema de saúde municipal.

Constatou-se que esse segundo grupo gestor assegurou o maior número de cumprimentos de metas pactuadas para as ações (estabelecidas no processo orçamentário), garantindo a expansão das equipes e da rede de serviços de saúde pública.

Quando, então, consolidadas as *tabelas (1, 2, 3* e *4)* de avaliação segundo as categorias do Orçamento por Desempenho – PB (Recursos, *Outputs*, Eficiência e *Outcomes*), incluindo 33 indicadores selecionados pelos processos de pactuação do SUS, no período de 2006 a 2012, permitiu-se a efetivação de uma avaliação de desempenho.

Para além de uma nova e simples reclassificação dos indicadores, o esforço se deu em conciliar as subfunções orçamentárias e, com certa dificuldade, os valores orçamentário-financeiros despendidos ao longo dos anos.

É fundamental ressaltar que os gestores públicos devem se preocupar, fundamentalmente, com a melhor elaboração dos instrumentos orçamentários para possibilitar o uso da ferramenta Orçamento por Desempenho. Como evidenciado, o segundo grupo gestor da saúde em São Bernardo do Campo aumentou a possibilidade do uso do PB em seu processo de orçamentação, porém, não o estruturou de forma completa (como proposto neste trabalho).

Assim, um novo desafio se apresenta quando se considera que os programas organizados nos PPAs, suas LDOs e LOAs tenham seus recursos realocados/reorganizados a partir dos desempenhos alcançados por cada ação proposta. Esse é o ponto fundamental de um novo método que envolve a responsabilização dos gestores sobre as políticas de saúde, que devem ser acompanhadas a partir de seus desempenhos. ■

## Referências


BONACIM, C. A. G.; ARAUJO, A. M. P. Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 16, Supl. 1, p. 1055-1068, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 22 fev. 2006. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM>. Acesso em: 22 fev. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 28 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 15 jan. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. Tribunal de Contas da União. *Técnicas de Auditoria:* Indicadores de Desempenho e Mapa de Produtos. Brasília, DF: TCU, 2000. Disponível em: <http://portal3.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/tecnicas_anop/INDICADOR_DESEMPENHO_MAPA_PRODUTOS.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

CAMPOS, G. W. S. *et al*. Considerações sobre a Arte e a Ciência da Mudança: Revolução das Coisas e Reforma das Pessoas. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 29-87.

COSTA, J. M. B. S. *et al*. Desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina: uma revisão sistemática. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., dez. 2015.

MENDES, A. N.; SANTOS, S. B. S. *Aperfeiçoamento em Administração Orçamentária e Financeira Governamental*. São Paulo: Secretaria de Estado dos Negócios da Fazenda, Editora Fazesp, 2001.

MICLOS, P. V.; CALVO, M. C. M.; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho da Atenção Básica nos municípios brasileiros com indicador sintético. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, out./dez. 2015.

NOBREGA, M. Orçamento, eficiência e performance budget. In: SCAFF, F. F.; CONTI, J. M. (Org.). *Orçamentos públicos e direito financeiro*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. *Performance budgeting in OECD countries*. Paris: OECD, 2007. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/arquivos/ocde2011/oecd_performance_countries.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 73-8, 2006.

REIS, A. A. C. *Entre a intenção e o ato:* uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004-2010). 2011. 433 f. Tese. (Doutorado em Saúde

Coletiva) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.

ROBINSON, M. *Orçamento por Desempenho (OD)*: modelos de orçamento por resultado e fatores chaves. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.fazenda.sp.gov.br/seminario_orcamento%5C0112%5Cpainel3_0112_Marc_Robinson.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2013.

SANTOS JR., D. P. *Gestão participativa e a reestruturação da rede municipal de saúde em São Bernardo do Campo, SP, no período de 2009 a 2011*. 2011. 139f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

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

# Programa Pesquisa para o SUS: desafios para aplicabilidade na gestão e serviços de saúde do Ceará

## *Research Program for SUS: challenges for applicability in management and health services in Ceará*

Rebeka Rafaella Saraiva Carvalho[1], Maria Salete Bessa Jorge[2], Mauro Serapioni[3], Jamine Borges de Morais[4], Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha[5]

**RESUMO** A despeito de todo conhecimento produzido, persiste a problemática do descompasso entre a produção científica e sua incorporação à prática. Emergiu, assim, o interesse em lançar um olhar analisador sobre as contribuições ou não das pesquisas financiadas pelos editais PPSUS (Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde) no Ceará para a resolução dos problemas de saúde e o fortalecimento da gestão do sistema de saúde local. Os resultados revelam fragilidades na integração da evidência ao processo de tomada de decisão. Conclui-se que a pesquisa persiste como um campo de disputas, de convergências e divergências, portanto, como espaço de conflitos entre distintos interesses, efetivando-se lentamente.

**PALAVRAS-CHAVE** Pesquisa. Política de pesquisa em saúde. Política de saúde. Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** *Despite all the knowledge produced, there remains the problem of the mismatch between scientific production and its incorporation into practice. Thus emerged, the interest in launching an analytical gaze on the possible contributions of the research funded by PPSUS (Research Program for SUS: shared management in health) notices in Ceará to solving health problems and strengthening the local health system management. The results show weaknesses in the integration of evidence to the process of decision making. It is concluded that research remains a battleground, of both convergences and divergences, therefore, as a space of conflicts between different interests, slowly becoming effective.*

**KEYWORDS** *Research. Health research policy. Health policy. Unified Health System.*

[1] Universidade Estadual do Ceará (Uece), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Fortaleza (CE), Brasil.
*rebeka_scarvalho@hotmail.com*

[2] Universidade Estadual do Ceará (Uece), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Fortaleza (CE), Brasil.
*maria.salete.jorge@gmail.com*

[3] Universidade de Coimbra, Centro de Estudos Sociais – Coimbra, Portugal.
*mauroserapioni@gmail.com*

[4] Universidade Estadual do Ceará (Uece), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Fortaleza (CE), Brasil.
*jamineborges@hotmail.com*

[5] Universidade Estadual do Ceará (Uece), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Fortaleza (CE), Brasil.
*e.caminha@hotmail.com*

## Introdução

Inserida como atitude cotidiana, a investigação científica, a partir de um diálogo crítico e criativo com a realidade, culmina na elaboração própria e na capacidade de intervenção (DEMO, 1996), permitindo que teoria e prática se alimentem reciprocamente, o que é particularmente importante na área da saúde.

Entende-se a pesquisa em saúde como fenômeno dinâmico de questionamento ante os desafios que se impõem cotidianamente nos serviços de saúde, objetivando, com isso, enfrentá-los ou, no mínimo, administrá-los de modo a contribuir para o aprimoramento das atividades, políticas e desempenho do sistema de saúde. Concorre, assim, na elaboração e construção social da saúde e de uma sociedade democrática.

Em todo o mundo, é amplamente reconhecida a contribuição da pesquisa para o desenvolvimento humano, assim como é crescente a conscientização do papel central da saúde, da ciência e da tecnologia como requisitos para o desenvolvimento econômico e social (MOREL, 2004), pela demonstração de que ela realmente produz resultados acessíveis e financeiramente viáveis, capazes de serem implementados nos serviços de saúde (OMS, 2013), o que é pertinente ao contexto brasileiro em que há a necessidade de prover qualidade mantendo os custos em níveis suportáveis para a sociedade (SANTOS *ET AL.*, 2010).

Para tanto, nos últimos anos, houve um significativo esforço com vistas à construção de um sistema de ciência e tecnologia para a saúde. Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS), por intermédio do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, vem desenvolvendo atividades de fomento descentralizado à pesquisa em todos os estados brasileiros, por meio do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS), com o propósito de financiar pesquisas em temas prioritários para a saúde da população brasileira; promover a aproximação dos sistemas de saúde, ciência e tecnologia locais; reduzir as desigualdades regionais na ciência, tecnologia e inovação em saúde e promover a equidade (BRASIL, 2011).

A grande relevância desse programa no desenvolvimento científico e tecnológico do País está no potencial de incorporação dos resultados das pesquisas fomentadas no dia a dia dos serviços. Sua expectativa é de que a produção científica gerada favoreça a promoção de conhecimentos técnicos e científicos ajustados às necessidades econômicas, sociais, culturais e políticas do País, tendo como ponto central contribuir para o desenvolvimento nacional sustentável, o que atende às exigências da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS).

Como resultado disso, está crescendo a produção, a disseminação e a transferência de conhecimento científico (GUIMARÃES *ET AL.*, 2012). Não obstante, apesar de seu inestimável valor, persiste a problemática do descompasso entre a produção científica e sua incorporação à prática, tendo em vista que vários resultados não levam de fato a mudanças ou melhorias no sistema de saúde (MOREL, 2004; SANTOS *ET AL.*, 2010). Permanece, dessa maneira, o desafio em traduzir, comunicar e promover a utilização de pesquisas que subsidiem a formulação de políticas, estratégias e práticas de saúde, fazendo delas um instrumento agenciador de mudança da realidade.

É preciso ter em mente, entretanto, que a 'tradução' da pesquisa em ações de saúde é um processo complexo, árduo, dispendioso e, algumas vezes, extremamente demorado, mediado por processos políticos, culturais e sociais, em que as expectativas dos autores são limitadas e influenciadas por outros agentes que se encontram em interação com um contexto social mais amplo (DANTAS, 2004).

Urge, assim, o desafio em refletir estratégias que diminuam a distância entre o sujeito que produz conhecimento e aquele que o aplica para que não haja o risco de se desenhar políticas aparentemente coerentes

e adequadas, mas que na prática não conseguem atingir os resultados previstos. Para isso, faz-se necessário que pesquisadores, gestores, trabalhadores e usuários, enquanto atores das práticas de saúde, questionem as finalidades da pesquisa e, em conjunto, criem espaços, proponham estratégias e aloquem recursos para o uso de seus resultados.

A partir dessas considerações, emergiram questionamentos acerca das pesquisas financiadas pelos editais PPSUS no Ceará: Os resultados das investigações têm sido utilizados na prática? Contribuem para a resolução dos problemas de saúde e o fortalecimento da gestão do sistema de saúde local?

Na tentativa de buscar respostas para as indagações, procurou-se apreender a percepção de gestores da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, bem como dos profissionais dos serviços de saúde acerca da aplicabilidade e contribuição dessas investigações no cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ademais, ao permitir a análise do fenômeno, o estudo contribuirá para a produção do conhecimento na área, visando reduzir as lacunas existentes e provocar debates em torno da contribuição das pesquisas em saúde para a sociedade.

## Métodos

Este estudo, de natureza avaliativa e participativa, caracteriza-se como um estudo de caso (YIN, 2014), de abordagem qualitativa, com diversos recursos e técnicas para a coleta, processamento e análise dos dados. Foi conduzido com gestores do Núcleo de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (Nucit) da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (2), da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (7) e com profissionais de saúde (3) de dois Centros de Saúde da Família do município de Fortaleza.

Adotou-se como critério de seleção exercer o cargo atual há, no mínimo, um ano e expressar interesse em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não foi seguido critério numérico para estabelecer a quantidade de participantes, de modo que estes foram definidos pela relevância dos depoimentos e contribuições ao delineamento do objeto em apreensão.

Para a obtenção dos dados, foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada, orientada por um roteiro inicial, que a cada transcrição e análise gerava questionamentos para os roteiros subsequentes, buscando, assim, uma aproximação com a técnica do círculo hermenêutico-dialético.

As entrevistas foram realizadas nos meses de setembro e outubro de 2015, gravadas, na íntegra, em um dispositivo eletrônico de áudio mediante autorização dos participantes e, em seguida, transcritas e codificadas com as letras 'GE', 'GM' e 'PS', representando, respectivamente, gestor estadual, gestor municipal e profissional de saúde.

A trajetória analítica do material empírico tomou como base a hermenêutica crítica, conforme sugerem Minayo (2010) e Assis e Jorge (2010), seguindo, desse modo, a sistemática de ordenação, classificação e análise final dos dados.

A ordenação foi marcada pela organização do material empírico, com leituras iniciais dos conteúdos e detecção das primeiras orientações e impressões. Em seguida, a classificação permitiu a organização dos dados empíricos, que tomaram como base o marco teórico edificador da pesquisa, envolvendo inicialmente a leitura exaustiva e flutuante dos textos contidos nas entrevistas com o objetivo de recortar e realizar uma síntese geral de cada unidade de análise, permitindo a visualização das ideias centrais do tema em questão, representado em núcleos de sentido.

Concomitantemente, estabeleceram-se as sínteses horizontais, possibilitando mostrar

os temas e as ideias comuns entre os sujeitos entrevistados por unidade temática ou categoria (em blocos convergentes, divergentes, complementares e diferentes), que foram evidenciados nos diferentes quadros de análise.

Em seguida, partiu-se para a leitura transversal de cada corpo de comunicações, estruturados a partir dos núcleos de sentido, percebidos nos diferentes grupos de sujeitos que compuseram a análise, buscando-se, em um processo de refinamento e aprofundamento classificatório, o confronto entre as diferentes representações, a partir das ideias convergentes, divergentes, complementares e diferentes. Para tanto, foi necessária a articulação com o objeto, as questões orientadoras e os pressupostos teóricos que subsidiaram o estudo. Na etapa final de interpretação do material empírico, foi feito o entrecruzamento entre as informações coletadas e o referencial teórico.

O presente estudo é um destaque da pesquisa denominada 'Avaliação das pesquisas em saúde e enfermagem: olhares plurais sobre a contribuição para as políticas, organização dos serviços e assistência na interface com a produção do cuidado na atenção primária' que recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará, com protocolo de número 662.093.

Em síntese, os preceitos éticos foram respeitados em consonância com o que determina a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde referente à pesquisa com seres humanos.

# Resultados e discussão

## Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Os dois gestores estaduais eram do sexo masculino, formados em medicina e com mestrado em gestão em saúde. O tempo de formação variou de oito a doze anos. Ocupavam havia dois anos cargos comissionados na Secretaria Estadual de Saúde.

Entre os gestores municipais que exerciam cargos na Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, seis eram do sexo feminino e um do sexo masculino; com formações nas áreas de: enfermagem (2), medicina (1), direito (1), serviço social (1), engenharia de alimentos (1) e odontologia (1). O tempo de formação variou de cinco a quatorze anos. Relativo à pós-graduação, apenas um possuía doutorado, e dois, especialização em gestão em saúde. Um era servidor do município, e os demais terceirizados, com tempo de atuação entre um e quatro anos.

Quanto aos profissionais que colaboraram com o estudo, dois eram do sexo feminino e um do sexo masculino, sendo dois enfermeiros e um dentista; com tempo de formação que variou de dez a onze anos. Todos possuíam especialização em saúde da família, e apenas um possuía mestrado em saúde coletiva. O grupo foi em sua totalidade formado por servidores da prefeitura municipal de Fortaleza com tempo de atuação de nove anos.

## Etapas para operacionalização do PPSUS no Ceará

A viabilização do PPSUS no estado se dá pela ação integrada da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap) e da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (Sesa), em colaboração com o MS, sendo, basicamente, executado em três etapas: priorização de tópicos, fomento e monitoramento, e disseminação de achados e recomendações. Assim, de modo a facilitar a compreensão acerca das tramas envolvidas na contribuição ou não das pesquisas e os desafios para sua utilização nas práticas de gestores e profissionais de saúde, a análise seguirá essa mesma sistemática.

## Etapa 1 - Oficina de priorização de tópicos de pesquisa: um momento de (des)encontros políticos

As prioridades de pesquisa em saúde para o fortalecimento do SUS no Ceará são definidas durante oficinas de trabalho estaduais, considerando as necessidades do sistema de saúde do Estado e a sua competência técnico-científica instalada para atendê-las.

O evento, apesar de declarar-se 'aberto à sociedade', devendo, assim, contar com a participação de gestores do MS, Sesa e Funcap, técnicos do serviço de saúde, representantes das instituições de ensino, da comunidade científica e do controle social, seguindo um modelo de gestão descentralizado e participativo, conta, no estado, com a presença de gestores e da comunidade científica.

> *Nessa oficina estadual são debatidos os eixos temáticos a serem pesquisados [...] Priorizamos a participação dos secretários municipais de saúde, mas na verdade esse é um convite aberto à comunidade [...] basicamente quem mais participa é o pessoal da secretaria estadual de saúde e da academia.* (GE).

O envolvimento de gestores e pesquisadores é relevante, por destacar as questões sensíveis a cada um e de interesse da sociedade, levando à discussão desde os obstáculos enfrentados pelo sistema de saúde, até resultados de estudos anteriores utilizados para embasar a escolha dos temas a serem investigados, aliando, assim, prática e teoria.

Em contrapartida, a influência da academia é criticada pelo gestor estadual, pelo destaque à 'realidade' do pesquisador, produzindo, assim, conhecimentos cientificamente apoiados nos interesses do próprio pesquisador, cuja intenção nem sempre é contribuir para a resolução dos problemas prioritários de saúde da população (CELINO *ET AL.*, 2013).

> *Eu acho que as pesquisas deveriam envolver um pouco mais os decisores, ou seja, deveriam ser focadas na sua necessidade, no que ele precisa, prioriza e não na realidade do pesquisador, então, eu percebo essa desconexão.* (GE).

Evidencia-se pelo discurso relações conflitantes nesse processo permeado por interesses diversos. O jogo de forças e poder em que são elencadas as prioridades seria mais bem equilibrado se houvesse plena participação dos sujeitos envolvidos (gestores, profissionais de saúde, prestadores de serviço, usuários, agências de fomento, órgãos formadores, pesquisadores, setor produtivo e sociedade civil organizada), desde as etapas iniciais; o que garantiria que o critério norteador para a definição dos temas prioritários de pesquisa fosse de fato a relevância sociossanitária e, ainda, que as questões de maior interesse para a formulação de políticas fossem levantadas.

Nesse sentido, a precária participação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) representa desfalque no caráter democrático da oficina de priorização, por, além de não levar ao debate as necessidades de saúde da população percebidas pelos próprios usuários, também não agir na fiscalização do processo, equilibrando, assim, os múltiplos interesses e poderes envolvidos.

As implicações para essa problemática são amplas e estão, em parte, relacionadas com a crescente perda de protagonismo dos conselheiros de saúde que percebem sua atuação mais como prática que legitima decisões tomadas a priori pelos gestores. Desse modo, assim, como nos conselhos de saúde, as oficinas de priorização demonstram que a existência formal de espaços democráticos não garante de fato a participação política (BISPO JÚNIOR; MARTINS, 2014).

A omissão do CMS foi justificada pelo gestor estadual, pelo fato das pesquisas ainda estarem muito restritas à academia e o efeito dos seus resultados não serem percebidos no cotidiano dos serviços de saúde,

intensificando, dessa forma, a lacuna entre sociedade e universidade; distância também percebida por profissionais de saúde.

> *O conselho não tem ainda um despertamento para essa área* [pesquisa]. *A gente percebe que eles não vinculam a pesquisa à prática. Como se fosse algo só para a academia, talvez, porque exista essa desconexão de eles não verem algo que foi aplicado na prática.* (GE).

> *[...] ainda há uma separação entre o meio acadêmico e o cotidiano do trabalho [...] se produz muita coisa, mas, na maioria das vezes, fica guardado lá na biblioteca da universidade.* (PS).

O distanciamento entre produtores de conhecimento e usuários dos resultados de pesquisa implica uma maior valorização da ciência no interior das instituições de pesquisa do que no âmbito do governo ou da sociedade civil; aliado ao problema no compartilhamento dos achados das pesquisas que permanece em uma semiobscuridade, sendo na maioria das vezes conhecido apenas por um restrito número de investigadores (NORONHA *ET AL.*, 2009; BARRETO, 2013), o que leva a problemas na aplicabilidade do conhecimento técnico e científico produzido e no reconhecimento dos seus feitos pela sociedade.

Além disso, essa conjuntura contribui para a percepção por parte dos profissionais de saúde de que os pesquisadores são guiados por interesses próprios, seja para a conclusão de um curso, em que é exigida a produção de trabalho científico; para finalizar uma investigação financiada ou para a publicação de artigos.

> *[...] o pesquisador investiga, mas no final, sua preocupação maior, por conta da própria universidade é terminar e publicar, sendo esta, muitas vezes, a maior cobrança [...] eu não vejo muito interesse dos pesquisadores em ver o sujeito da pesquisa e o local que será influenciado pelo processo. Eles estão mais focados na pesquisa deles [...].* (PS).

A pesquisa, então, passa a ser vista como algo 'deles', enquanto academia, e não como um processo participativo que objetiva apontar falhas e sugerir mudanças para melhoria do serviço prestado à população como um todo e, assim, contribuir de alguma forma para a resolução de seus problemas de saúde, principalmente se considerarem o seu conceito ampliado.

Esse enviesamento das ações de pesquisa é discutido por Fortuna *et al*. (2011) e por Bosi (2012). Segundo os autores, o projeto inicial seria criar respostas às dificuldades humana, porém tal intenção acaba corrompida pela lógica da mais-valia, do lucro, da autoria individual, do poder, criando a disputa por currículos robustos, por patentes lucrativas, por financiamentos e citações internacionais, aprofundando a dificuldade de apropriação das pesquisas pela sociedade, ainda que financiadas com recursos públicos, ficando, destarte, a responsabilidade social na produção e divulgação do conhecimento em plano secundário.

## Etapa 2 - Escolha das propostas científicas para serem contempladas com fomento

Após a fase de priorização, dá-se continuidade à etapa de fomento e monitoramento, em que são escolhidas as pesquisas que serão contempladas com financiamento. Para tanto, a Funcap lança chamada pública para seleção de projetos em temas considerados relevantes e em consonância com as linhas de pesquisa e eixos de ação previamente estabelecidos.

O grande viés nessa etapa, entretanto, segundo o gestor estadual, é a contratação de consultores *ad hoc* para avaliar e selecionar os projetos que serão financiados, sem o envolvimento daqueles que participaram das oficinas de priorização.

*Existe uma dificuldade na avaliação do projeto, porque não envolve a secretaria, envolve pessoas de fora, especialistas, que nem sempre conhecem a realidade local e assim, há um descasamento; aí, talvez, é onde esteja a maior falha.* (GE).

Por conseguinte, a não participação dos formuladores de políticas e dos outros atores sociais leva a prejuízos quanto à análise da aplicabilidade dos resultados da pesquisa no sistema de saúde local, antes da sua contratação, ou seja, quando seria pertinente aliar as necessidades da gestão aos interesses da academia.

*Nós só voltamos a fazer parte do processo na apresentação, quando a pesquisa já está pronta e não podemos mais opinar, não podemos dizer: ah, mas isso poderia ser mais bem direcionado para isso.* (GE).

Em decorrência desse fluxo descontínuo e do pouco envolvimento dos interessados, as pesquisas aprovadas no edital do PPSUS-CE, apesar de estarem dentro das linhas de prioridade previamente estabelecidas, perdem o olhar dos 'tomadores' de decisão, agravando ainda mais a questão do subfinanciamento do SUS e a dificuldade na alocação adequada dos recursos (VIEIRA, 2016).

## Etapa 3 - Colhendo os frutos: disseminação dos achados e recomendações para aplicabilidade no SUS

Na etapa de disseminação dos achados e recomendações, o gestor discute a ausência de um momento para a 'tradução' dos resultados ou, como sugerem Novaes e Elias (2013), da produção de resumos executivos, que orientem quanto aos limites, potencialidades dos achados e meios para a sua aplicabilidade. O que seria conveniente durante o seminário de acompanhamento e avaliação dos resultados dos estudos financiados.

*[...] quando a pesquisa chega, o decisor ele vê alguns resultados, mas, às vezes é algo estranho para ele e não há uma etapa de repasse de como se aplica, das limitações e potencialidades desses resultados, aí é outro gargalo forte na aplicação.* (GE).

Segundo o gestor estadual, seria significativo que os pesquisadores, ao invés de apenas tecer julgamentos, apontassem caminhos para a resolutividade de determinados problemas de saúde da população, diante das muitas demandas que se apresentam ao decisor e da urgência na sua resolução, o que faz com que ele opte por estratégias já prontas que produzem resultados instantâneos, porém superficiais; ou ainda, contrate consultorias, como vem ocorrendo na atual gestão pública de Fortaleza.

*O decisor precisa de coisas com aplicação prática, porque ele está no dia a dia e não tem como ficar analisando possibilidades, probabilidades, novos caminhos. Não há tempo de ficar pensando, porque existem muitas prioridades [...] ele precisa aplicar ali para resolver, então tem que vir um produto mais ou menos completo ou que tenha relevância, para que ele possa aplicar, se não ele vai e utiliza outras ferramentas, mesmo que não sejam eficientes, mas que estejam prontas.* (GE).

As propostas, quando são feitas, ficam restritas aos relatórios, nem sempre compartilhados com gestores e usuários. Sua apresentação, muitas vezes, cumpre apenas uma formalidade exigida no formulário padrão de apresentação do seminário e até mesmo no projeto, no qual o coordenador já teria que apontar a aplicabilidade de sua pesquisa para o SUS; ou ainda em artigos científicos nem sempre acessados por esses atores.

Destarte, ainda não é clara a extensão da contribuição das ações de tradução, comunicação e promoção do uso das pesquisas, para a efetiva utilização dos seus resultados como subsídio à formulação das políticas de saúde

(GUIMARÃES *ET AL.*, 2012).

Percebe-se, então, como impacto, a tênue incorporação do conhecimento gerado e as intervenções sanitárias resultantes, em políticas e ações de saúde pública. O que se aproxima aos achados do estudo de Celino *et al.* (2013) realizado com coordenadores de pesquisa em que a maioria declarou pouca ou nenhuma contribuição de suas investigações para com a resolução dos problemas prioritários de saúde.

> *[...] nossa expectativa era que essas pesquisas pudessem ser mais voltadas à realidade do sistema local de saúde, porém quando nos deparamos com os resultados, nem sempre eles estão alinhados com o que poderíamos utilizar.* (GE).

Quanto à pouca contribuição na prática dos resultados de pesquisa, o gestor estadual argumenta que o problema é mais abrangente, e está relacionado com um problema estrutural, em decorrência da produção excessiva de estudos teóricos, nem sempre passíveis de operacionalização, e que não respondem às prioridades urgentes.

> *O pesquisador, no Brasil trabalha dentro do estado da arte, de uma visão conceitual e teórica; apenas alguns têm essa aproximação com a decisão, com a realidade prática, com o mercado, então é um problema estrutural [...] aí vem outra estrutura por trás, pois o MEC valoriza a publicação e não a aplicação. Então quanto mais o pesquisador publica, mais é reconhecido como um grande pesquisador. Dessa forma, o sistema de ciência e tecnologia do País é mais de desenvolvimento de teorias e ainda está embrionário na aplicação.* (GE).

Barreto (2013) argumenta, nesse sentido, que de alguns campos da atividade científica não se espera outros produtos que não sejam as publicações e as suas citações, replicando as expectativas do objetivo geral do projeto científico, de gerar benefícios palpáveis sobre diferentes aspectos relacionados com a vida e com o bem-estar das sociedades.

Em contrapartida, nem sempre a ocupação principal da ciência é oferecer respostas definitivas e universalmente aplicáveis, sendo sua maior contribuição, muitas vezes, a formulação de conceitos fecundos, capazes de aprofundar a compreensão de uma dada realidade e, assim, provocar mudanças de comportamentos e atitudes de pessoas ou organizações (SOUZA; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

> *A pesquisa não precisa necessariamente dizer o que o gestor deve fazer, mas sim chamar a atenção para determinadas situações e gerar uma linha de pensamento para a tomada de decisão.* (GM).

De todo modo, seja qual for a natureza do estudo, básico ou aplicado, o maior impasse está relacionado com a inexistência, no meio, da tradição na implementação de metodologias que avaliem as consequências socioeconômicas da produção científica (DANTAS, 2004).

Essa discussão quanto à deficiente ciência da avaliação científica se fez presente no Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, do ano de 2015, em que foram criticadas as métricas puramente bibliométricas utilizadas para mensurar a produtividade e o desempenho de cientistas e instituições de pesquisa, sem nenhum foco quanto ao seu impacto sobre a sociedade.

A mudança, para gerar investigações e articulações de outros modos, requer a crítica de como se tem produzido e respondido às questões acadêmico-institucionais da ciência e tecnologia do País, que, cada vez mais, estão alinhadas à lógica capitalista de produção (FORTUNA *ET AL.*, 2011).

Nessa lógica, percebe-se que a produção científica é conduzida para além da 'vontade do pesquisador', e sim, a partir de orientações econômicas mais amplas resultantes do processo de mundialização do capital que passa a produzir uma nova cultura universitária por meio de práticas individualistas, concorrenciais e produtivistas. Nesse novo

modelo, a academia é envolvida de tal forma que fica difícil não se adaptar a ele.

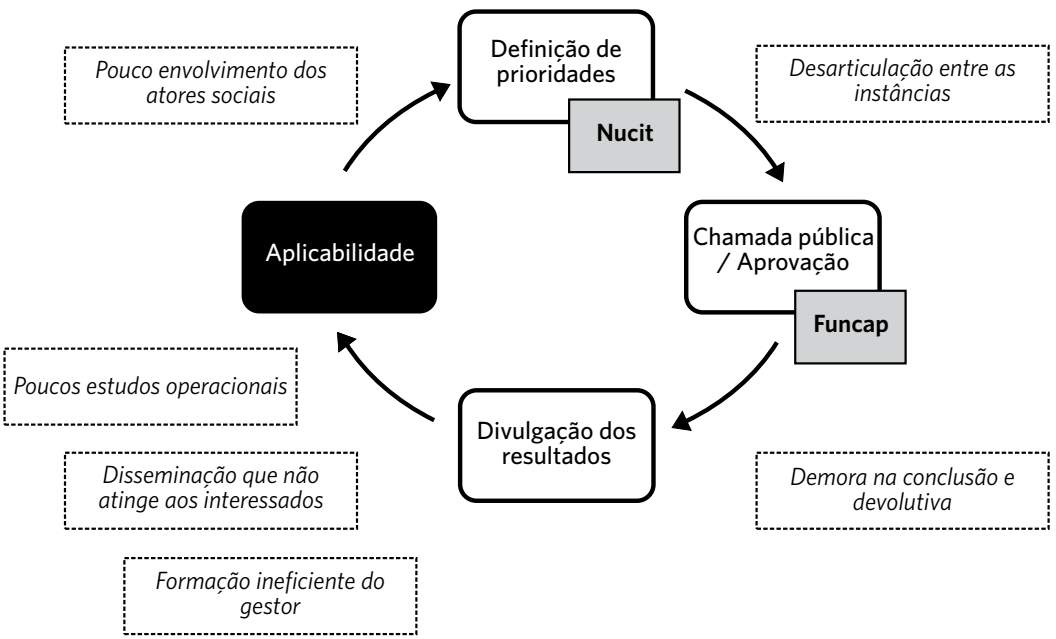
A problemática no regime de produtividade que norteia as avaliações acadêmicas no Brasil e em muitos outros países repousa no seu direcionamento, como ocorre de forma semelhante em outros setores de políticas sociais, na não valorização de produtos voltados a contribuir com os sistemas de saúde e na resolução dos problemas nacionais, mas naquilo que se mostra 'lucrativo' no mercado globalizado das publicações (BOSI, 2012).

Destaca-se ainda a pouca sensibilidade dos gestores brasileiros quanto ao potencial transformador das pesquisas, o que se traduz no pouco interesse em desenvolver estratégias que garantam a sua utilização; e vale a reflexão quanto à formação desses profissionais e se a pesquisa é trazida nessa perspectiva.

> *[...] poucos decisores tem o horizonte de que podem se instrumentalizar melhor para a sua gestão, a partir das pesquisas [...] eles percebem a pesquisa como algo restrito à academia, e aí não se envolvem, não participam [...] talvez eles ainda não tenham essa percepção, essa sensibilidade de que a pesquisa pode lhe ajudar na sua prática.* (GE).

Os muitos nós críticos discutidos até o momento para integrar a evidência ao processo de tomada de decisão estão representados na *figura 1* a seguir.

Figura 1. Representação do fluxo das pesquisas do PPSUS-CE e seus nós críticos




Fonte: Elaboração própria.

Demonstra-se, com isso, que há a necessidade de repensar os currículos como ponto de partida e, assim, despertar mudanças culturais e sociais para valorização do uso das pesquisas na perspectiva de mudança e transformação das práticas em saúde, em benefício da coletividade.

## Conclusão

O presente estudo reafirmou o potencial das pesquisas em saúde para contribuir no preenchimento de lacunas de conhecimento em áreas prioritárias para a população, atuando como subsídios para tomada de decisão e promoção de mudanças da realidade. Entretanto, faz-se necessário angariar investimentos e esforços para que elas tenham seus resultados socializados para toda a comunidade, incluindo profissionais e gestores de saúde, de modo a transpor os limites do mundo acadêmico e permitir o aprimoramento de estratégias que garantam a utilização desses resultados para constante edificação do SUS.

Há ainda a necessidade de uma aplicação mais sistemática dos resultados das pesquisas no planejamento e implementação das políticas de saúde. Para tanto, faz-se pertinente a abertura de espaços de diálogo entre pesquisadores, gestores, trabalhadores de saúde e usuários com vistas a promover a discussão de ações perenes ante as fragilidades apontadas pelo estudo. Além disso, para o fortalecimento do papel da pesquisa na resolutividade dos problemas de saúde, tendo seus resultados partilhados para fora do âmbito científico, é preciso superar a lógica de produção que visa o crescimento individual, a concorrência e o lucro.

Conclui-se do exposto que a pesquisa se mostra como estratégia potente no sentido de produzir mudanças positivas nos cenários de saúde, entretanto enfrenta o desafio de ter seus resultados partilhados com a sociedade em geral, aspecto fundamental para se efetivar como prática de interesse recíproco e de solidariedade, o que depende de significativas mudanças institucionais, culturais e sociais.

## Colaboradores

Rebeka Rafaella Saraiva Carvalho, Maria Salete Bessa Jorge e Mauro Serapioni contribuíram substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados. Jamine Borges de Morais e Emília Cristina Carvalho Rocha Caminha contribuíram significativamente na elaboração do rascunho, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

## Referências


ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Org.). *Pesquisa*: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2010. p. 139-159.

BARRETO, M. L. Como avaliar as ciências com uma deficiente ciência da avaliação científica? *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1707-1730, 2013.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MARTINS, P. C. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 440-451, 2014.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Programa Pesquisa para o SUS:* gestão compartilhada em saúde: diretrizes técnicas. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 64 p.

CELINO, S. D. M. *et al*. Programa Pesquisa para o SUS: contribuições para gestão e serviços de saúde na Paraíba, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 203-212, 2013.

DANTAS, F. Responsabilidade social e pós-graduação no Brasil: ideias para (avali)ação. *RBPG,* Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 160-172, 2004.

DEMO, P. *Educar pela Pesquisa*. Campinas: Autores Associados, 1996.

FORTUNA, C. M. A pesquisa e a articulação ensino-serviço na consolidação do Sistema Único de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1696-700, 2011.

GUIMARÃES, R. *et al*. Não há saúde sem pesquisa: avanços no Brasil de 2003 a 2010. *Revista Baiana de Saúde Pública,* Salvador, v. 36, n.1, p. 55-65, 2012.

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

MOREL, A. M. A pesquisa em saúde e os desafios do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 261-270, 2004.

NORONHA, J. *et al*. Análise do Sistema de Pesquisa em Saúde do Brasil: o ambiente de pesquisa. *Saúde Soc*., São Paulo, v. 18, n. 3, p. 424-436, 2009.

NOVAES, H. M. D.; ELIAS, F. T. Uso da avaliação de tecnologias em saúde em processos de análise para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde no Ministério da Saúde. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 29, p. 7-16, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório mundial da saúde 2013*: pesquisa para a cobertura universal de saúde. 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/26/9789248564598_por.pdf>. Acesso em: 1 set. 2016.

SANTOS, L. M. P. *et al*. O papel da pesquisa na consolidação do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1666-1667, 2010.

SOUZA, L. E. P. F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. O uso de pesquisa na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 546-554, 2004.

VIEIRA, F. S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 187-199, 2016.

YIN, R. K. *Case Study Research*: desing and Methods. 5 ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2014.


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

# O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão

*Work Process in Primary Health Care: evaluation of management*

Karine Cardoso Fontana[1], Josimari Telino de Lacerda[2], Patrícia Maria de Oliveira Machado[3]

**RESUMO** Esta pesquisa desenvolveu e aplicou um modelo de avaliação da gestão do processo de trabalho na Atenção Básica à saúde em municípios catarinenses, utilizando os dados do segundo ciclo da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. O universo avaliado correspondeu a 91,9% dos municípios do estado de Santa Catarina que, em sua maioria, apresentaram resultados satisfatórios nas condições estruturais para o processo de trabalho. Porém, existem grandes desafios para assegurar as condições necessárias à realização dos aspectos processuais, em especial, na continuidade do cuidado e na organização do trabalho.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde. Avaliação de processos (cuidados de saúde).

**ABSTRACT** *This research has developed and implemented an evaluation model of the management of the work process in Primary Health Care in municipalities of Santa Catarina, using the data of the second cycle of the external evaluation of the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care. The rated universe corresponded to 91.9% of the municipalities of Santa Catarina that, mostly, achieved satisfactory outcomes on structural conditions for the working process. However, there are great challenges to ensure the necessary conditions for the realization of procedural aspects, in particular, on the continuity of care and on the work organization.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Health evaluation. Process assessment (health care).*

[1] Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Florianópolis (SC), Brasil. *karinenfe@hotmail.com*

[2] Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Florianópolis (SC), Brasil. *jtelino@gmail.com*

[3] Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Florianópolis (SC), Brasil. *patriciamomachado@gmail.com*

 DOI: 10.1590/0103-1104201611005

# Introdução

O modelo de Atenção Primária em Saúde (APS) é desenvolvido, no Brasil, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo baseado na atenção integral à saúde, com vínculo das equipes multiprofissionais à população de um determinado território; possui ampla capilaridade; é considerada a porta de entrada preferencial para o sistema e responsável pela coordenação das redes de atenção à saúde (SUMAR; FAUSTO, 2014).

Para efetivar todos os pressupostos a que se propõe, o processo de trabalho em saúde das Equipes de Atenção Básica (EqAB) deve contemplar um conjunto de ações coordenadas e orientadas, de caráter individual e coletivo, desde a promoção à reabilitação da doença, a fim de modificar a situação de saúde da população, seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2011B). Mesmo com a ampliação do acesso e a estruturação dos serviços de Atenção Básica (AB), existem muitos desafios enfrentados pela gestão para efetivar a mudança do modelo de atenção à saúde no País (PAIM *ET AL.*, 2011).

O processo de trabalho em saúde é entendido como um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, onde indivíduos, famílias e grupos sociais compõem o objeto de trabalho, e os saberes e métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde. Os modelos de atenção que orientam o trabalho em saúde refletem as combinações tecnológicas para o alcance dos objetivos, pois são "[...] uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde" (PAIM, 2008, P. 554).

No âmbito municipal, a gestão dos serviços de saúde assume significado estratégico para a consolidação do processo de trabalho das equipes com a reorientação de um modelo de saúde baseado nas necessidades da população (FERREIRA, 2012). A implantação de mecanismos que monitorem as condições necessárias para execução do processo de trabalho torna-se fundamental, uma vez que o serviço prestado pelas equipes depende diretamente de suporte administrativo, da adequação de estrutura e organização das ações consoantes com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desde 2003, o Ministério da Saúde tem desenvolvido ações com vistas à institucionalização da avaliação no âmbito da AB. A iniciativa mais recente para a implantação de processos avaliativos sistemáticos sobre a atuação das equipes no âmbito da AB foi o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), cujo objetivo é avaliar aspectos estruturais oferecidos pela gestão municipal, aspectos do processo de trabalho desenvolvidos pelas equipes e de satisfação do usuário. Ao emitir o julgamento, o faz de maneira global, com foco na qualidade da atenção e no acesso aos serviços (BRASIL, 2011A).

O presente estudo desenvolveu e aplicou um modelo de avaliação do processo de trabalho na AB em saúde com foco na gestão municipal.

# Métodos

Trata-se de uma pesquisa avaliativa das ações da gestão municipal do processo de trabalho na AB. O estudo adotou como elemento avaliativo os municípios catarinenses que participaram da avaliação externa do PMAQ, em 2013, e como unidade de análise, as EqAB. Foram incluídos os municípios que aderiram ao PMAQ com, pelo menos, 80% das suas equipes, totalizando 271 municípios e 1.399 equipes da AB.

A pesquisa avaliativa foi realizada em duas etapas: construção do modelo de avaliação e classificação dos municípios quanto à gestão municipal do processo de trabalho na AB.

Na construção do modelo de avaliação foram elaborados e definidos o modelo teórico-lógico e a Matriz Avaliativa e de Julgamento (MAJ). O modelo teórico-lógico baseou-se em pesquisa documental e bibliográfica. A pesquisa documental foi

composta por portarias e legislação pertinentes ao tema. A revisão bibliográfica adotou as bases de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e da Scientific Electronic Library Online (SciELO), com a palavra-chave 'Processo de Trabalho' associado aos descritores 'Atenção Primária à Saúde', 'Avaliação em Saúde' e 'Sistema Único de Saúde'. Como critério de inclusão, foram utilizados artigos de abordagem total ou parcial da gestão municipal do processo de trabalho na AB, sendo encontrados 47 artigos e selecionados 26 que apresentavam reflexões teóricas e experiências da gestão municipal do processo de trabalho na AB, de forma descritiva ou avaliativa, sem limitação cronológica, em português, espanhol e inglês.

A revisão bibliográfica buscou identificar os indicadores, medidas e parâmetros que conformaram uma proposta inicial da MAJ para análise dos especialistas. Foram realizadas oficinas de consenso presenciais, que possibilitaram a discussão acerca das dimensões, dos critérios e indicadores propostos previamente, com o objetivo de promover a troca de experiências e o confronto de opiniões, principalmente, em torno dos pontos de maior divergência. Para as oficinas de consenso, foram convidados especialistas na área de avaliação em saúde e com familiaridade teórica e prática em relação ao processo de trabalho na AB. Como estratégia, enviou-se, previamente, aos especialistas uma proposta de matriz para análise e emissão de opinião acerca de sua concordância plena, parcial ou não concordância com cada um dos elementos propostos. Foram consolidadas as análises, acatando as concordâncias plenas e apresentando os dissensos em outros dois encontros presenciais, nos quais as decisões foram tomadas por consenso.

O modelo de avaliação final conta com 22 indicadores, 2 dimensões e 6 subdimensões. A dimensão 'Condições Estruturais' aborda aspectos de 'Infraestrutura', 'Pessoal' e 'Apoio Tecnológico e Logístico' para que as equipes realizem suas atividades. A dimensão 'Condições Processuais' analisa aspectos do processo de trabalho das equipes da AB, agrupados nas subdimensões: 'Vínculo e Territorialização', 'Organização do Trabalho' e 'Coordenação do Cuidado'. O detalhamento dos componentes da matriz de análise está apresentado no *quadro 1*.

Quadro 1. Matriz de análise da gestão municipal do processo de trabalho na Atenção Básica em saúde

| Matriz avaliativa | | | Medidas | Parâmetros | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONDIÇÕES ESTRUTURAIS | Infraestrutura | Espaço físico adequado para o desenvolvimento das ações | % UBSs com sala de observação | 100%: BOM<br><100%: RUIM | Ambas bom: BOM<br>Demais: REG<br>Ambas ruim: RUIM |
| | | | % UBSs com sala de atividades coletivas | 3º quartil: BOM<br>INTERV: REG<br>1º quartil: RUIM | |
| | | Existência de suporte tecnológico | % UBSs com, no mínimo, um consultório com computador que acesse à Internet | ≥90%: BOM<br>89% a 75%: REG<br><75%: RUIM | |
| | | Recursos de mobilidade da equipe | % UBSs com disponibilidade de veículo que responda às necessidades da equipe | 3º quartil: BOM<br>INTERV: REG<br>1º quartil: RUIM | |
| | | Disponibilidade para o acesso | Existência de UBSs funcionando em horário noturno | Sim: BOM<br>Não: RUIM | Ambas bom: BOM<br>Demais: REG<br>Ambas ruim: RUIM |
| | | | % UBSs que funcionam 40h/semana | ≥90%: BOM<br><90%: RUIM | |

Quadro 1. (cont.)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CONDIÇÕES ESTRUTURAIS | Pessoal | Cobertura populacional** | % população com cobertura da equipe de AB | Até 10 mil habitantes = 100%: BOM<br>Entre 10 e 50 mil habitantes = 80%: BOM<br>Acima de 50 mil habitantes = 60%: BOM |
| | | Adequação de pessoal | % equipes da AB com equipe mínima completa, incluindo saúde bucal | 100%: BOM<br><100%: RUIM |
| | | Suporte especializado* | % equipes da AB que recebe apoio de outros profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos | 3º quartil: BOM<br>INTERV: REG<br>1º quartil: RUIM |
| | | Educação permanente* | % equipes da AB que participam do Telessaúde e/ou da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e/ou de troca de experiências | 3º quartil: BOM<br>INTERV: REG<br>1º quartil: RUIM |
| | Apoio tecnológico e logístico | Orientação de fluxo de encaminhamento | % equipes em que, na maioria das vezes, o encaminhamento é realizado através de central de regulação | 3º quartil: BOM<br>INTERV: REG<br>1º quartil: RUIM |
| | | Normatização do cuidado | % equipes que utilizam protocolos para estratificação de risco: câncer do colo do útero, câncer da mama, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, tuberculose, saúde mental | ≥90%: BOM<br>89% a 75%: REG<br><75%: RUIM |
| CONDIÇÕES PROCESSUAIS | Vínculo e territorialização | Canais de comunicação | % equipes da AB que dispõem de canais de comunicação para que os usuários expressem suas demandas, reclamações e/ou sugestões | ≥90%: BOM<br>89% a 75%: REG<br><75%: RUIM |
| | | Participação popular nas decisões | % equipes da AB que possuem Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular | 3º quartil: BOM<br>INTERV: REG<br>1º quartil: RUIM |
| | | Identificação e vulnerabilidade | % equipes da AB com mapa inteligente, sinalizando grupos de agravos e áreas de riscos | 100%: BOM<br><100%: RUIM |
| | | Monitoramento | % equipes da AB que realizam monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde | ≥90%: BOM<br>89% a 75%: REG<br><75%: RUIM |
| | Organização do trabalho | Foco na família | % equipes da AB com prontuário organizado pelo núcleo familiar | ≥90%: BOM<br>89% a 75%: REG<br><75%: RUIM |
| | | Ações intersetoriais | % equipes da AB que atuam junto aos profissionais de educação para atividades de prevenção e promoção em saúde | ≥90%: BOM<br>89% a 75%: REG<br><75%: RUIM |
| | | Planejamento conjunto | % equipes da AB que se reúnem mensalmente para planejar suas ações | 100%: BOM<br><100%: RUIM |
| | | Ações compartilhadas | % equipes da AB que possuem uma agenda de atividades organizada pelo conjunto de seus profissionais | ≥90%: BOM<br>89% a 75%: REG<br><75%: RUIM |

Quadro 1. (cont.)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONDIÇÕES PROCESSUAIS | Coordenação do cuidado | Acolhimento | % equipes da AB que realizam acolhimento em todo o período de funcionamento | 100%: BOM<br><100%: RUIM | Ambas bom: BOM<br>Demais: REG<br>Ambas ruim: RUIM |
| | | | % equipes da AB nas quais o usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada, nas situações em que não seja o caso de atender no mesmo dia | ≥90%: BOM<br>89% a 75%: REG<br><75%: RUIM | |
| | | Encaminhamento | % equipes da AB responsáveis pelo agendamento da consulta do usuário com especialista | ≥90%: BOM<br>89% a 75%: REG<br><75%: RUIM | |
| | | Acompanhamento | % de equipes da AB que obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados | ≥90%: BOM<br>89% a 75%: REG<br><75%: RUIM | |
| | | Responsabilização | % equipes da AB que realizam busca ativa do exame citopatológico com atraso; pré-natal; com calendário vacinal atrasado; hipertensos; e diabéticos | ≥90%: BOM<br>89% a 75%: REG<br><75%: RUIM | |
| CONDIÇÕES ESTRUTURAIS | Infraestrutura | Espaço físico adequado para o desenvolvimento das ações | % UBSs com sala de observação | 100%: BOM (7)<br><100%: RUIM (0): | Ambas bom: BOM (7)<br>Demais: REG (5)<br>Ambas ruim: RUIM (0) |
| | | | % UBSs com sala de atividades coletivas | 3º quartil: BOM (7)<br>INTERV: REG (5)<br>1º quartil: RUIM (0) | |
| | | Existência de suporte tecnológico | % UBSs com, no mínimo, um consultório com computador que acesse à Internet | ≥90%: BOM (7)<br>89% a 75%: REG (5)<br><75%: RUIM (0) | |
| | | Recursos de mobilidade da equipe* | % UBSs com disponibilidade de veículo que responda às necessidades da equipe | 3º quartil: BOM (7)<br>INTERV: REG (5)<br>1º quartil: RUIM (0) | |
| | | Disponibilidade para o acesso | Existência de UBSs funcionando em horário noturno | Sim: BOM (7)<br>Não: RUIM (0) | Ambas bom: BOM (7)<br>Demais: REG (5)<br>Ambas ruim: RUIM (0) |
| | | | % de UBS que funcionam 40h/semana | ≥0%: BOM (7)<br><90%: RUIM (0) | |
| | Pessoal | Cobertura populacional** | % população com cobertura da equipe de AB | Até 10 mil habitantes = 100%: BOM (7)<br>Entre 10 e 50 mil habitantes = 80%: BOM (7)<br>Acima de 50 mil habitantes = 60%: BOM (7) | |
| | | Adequação de pessoal | % equipes da AB com equipe mínima completa, incluindo saúde bucal | 100%: BOM (7)<br><100%: RUIM (0) | |

Quadro 1. (cont.)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CONDIÇÕES ESTRUTURAIS | Pessoal | Suporte especializado* | % equipes da AB que recebe apoio de outros profissionais para auxiliar na resolução de casos considerados complexos | 3º quartil: BOM (7)<br>INTERV: REG (5)<br>1º quartil: RUIM (0) | |
| | | Educação permanente* | % equipes da AB que participam do Telessaúde e/ou da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) e/ou de troca de experiências | 3º quartil: BOM (7)<br>INTERV: REG (5)<br>1º quartil: RUIM (0) | |
| | Apoio tecnológico e logístico | Orientação de fluxo de encaminhamento* | % equipes em que, na maioria das vezes, o encaminhamento é realizado através de central de regulação | 3º quartil: BOM (7)<br>INTERV: REG (5)<br>1º quartil: RUIM (0) | |
| | | Normatização do cuidado | % equipes que utilizam protocolos para estratificação de risco: câncer do colo do útero, câncer da mama, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, tuberculose, Saúde mental | ≥90%: BOM (7)<br>89% a 75%: REG (5)<br><75%: RUIM (0) | |
| CONDIÇÕES PROCUAIS | Vínculo e territorialização | Canais de comunicação | % equipes da AB que dispõem de canais de comunicação para que os usuários expressem suas demandas, reclamações e/ou sugestões | ≥90%: BOM (7)<br>89% a 75%: REG (5)<br><75%: RUIM (0) | |
| | | Participação popular nas decisões* | % equipes da AB que possui Conselho Local de Saúde ou outros espaços de participação popular | 3º quartil: BOM (7)<br>INTERV: REG (5)<br>1º quartil: RUIM (0) | |
| | | Identificação e vulnerabilidade | % equipes da AB com mapa inteligente, sinalizando grupos de agravos e áreas de riscos | 100%: BOM (7)<br><100%: RUIM (0) | |
| | | Monitoramento | % equipes da AB que realizam monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde | ≥90%: BOM (7)<br>89% a 75%: REG (5)<br><75%: RUIM (0) | |
| | Organização do trabalho | Foco na família | % equipes da AB com prontuário organizado pelo núcleo familiar | ≥90%: BOM (7)<br>89% a 75%: REG (5)<br><75%: RUIM (0) | |
| | | Ações intersetoriais | % equipes da AB que atuam junto aos profissionais de educação para atividades de prevenção e promoção em saúde | ≥90%: BOM (7)<br>89% a 75%: REG (5)<br><75%: RUIM (0) | |
| | | Planejamento conjunto | % equipes da AB que se reúnem mensalmente para planejar suas ações | 100%: BOM (7)<br><100%: RUIM (0) | |
| | | Ações compartilhadas | % equipes da AB que possuem uma agenda de atividades organizada pelo conjunto de seus profissionais | ≥90%: BOM (7)<br>89% a 75%: REG (5)<br><75%: RUIM (0) | |
| | Coordenação do cuidado | Acolhimento | % equipes da AB que realizam acolhimento em todo o período de funcionamento | 100%: BOM (7)<br><100%: RUIM (0) | Ambas bom: BOM (7)<br>Demais: REG (5)<br>Ambas ruim: RUIM (0) |
| | | | % equipes da AB nas quais o usuário consegue sair da unidade com a consulta marcada, nas situações em que não seja o caso de atender no mesmo dia | ≥90%: BOM (7)<br>89% a 75%: REG (5)<br><75%: RUIM (0) | |

Quadro 1. (cont.)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CONDIÇÕES PROCUAIS | Coordenação do cuidado | Encaminhamento | % equipes da AB responsáveis pelo agendamento da consulta do usuário com especialista | ≥90%: BOM (7)<br>89% a 75%: REG (5)<br><75%: RUIM (0) |
| | | Acompanhamento | % equipes da AB que obtêm retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados | ≥90%: BOM (7)<br>89% a 75%: REG (5)<br><75%: RUIM (0) |
| | | Responsabilização | % equipes da AB que realizam busca ativa de exame citopatológico com atraso; pré-natal; com calendário vacinal atrasado; hipertensos e diabéticos | ≥90%: BOM (7)<br>89% a 75%: REG (5)<br><75%: RUIM (0) |

REG = REGULAR; INTERV = INTERVALO.

* Parâmetros definidos segundo a distribuição quartil para cada estrato de porte populacional.

** Parâmetro definido conforme Portaria nº 1007/2010 (BRASIL, 2010), para classificação de incentivos financeiros.

O modelo avaliativo construído e validado na primeira etapa orientou a classificação dos municípios catarinenses quanto à gestão municipal para o processo de trabalho das equipes da AB. Foram utilizados os dados secundários do segundo ciclo da avaliação externa do PMAQ-AB, coletados no ano de 2013, e cujo acesso encontra-se à disposição das universidades para análise. Foram consultadas outras bases de dados de informação secundárias disponíveis no *site* do Departamento de Informática do SUS (Datasus), de domínio público, conforme necessidade apontada na matriz avaliativa.

As informações obtidas sobre as equipes foram agregadas no nível municipal para emissão de juízo de valor. Os municípios foram analisados entre seus pares, segundo porte populacional, e a emissão de juízo de valor foi orientada pelos parâmetros definidos na matriz de análise e julgamento acordada nas oficinas de consenso *(quadros 1 e 2)*.

Quadro 2. Matriz de julgamento da gestão municipal do processo de trabalho na Atenção Básica em saúde

| **Matriz avaliativa** | | | **Valor máximo esperado** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | **Indicadores** | **Subdimensão** | **Dimensão** | **Gestão** |
| CONDIÇÕES ESTRUTURAIS | Infraestrutura | Espaço físico adequado para o desenvolvimento das ações | 10 | 40 | 100 | 340 |
| | | Existência de suporte tecnológico* | 10 | | | |
| | | Recursos de mobilidade da equipe* | 10 | | | |
| | | Disponibilidade para o acesso | 10 | | | |
| | Pessoal | Cobertura populacional** | 10 | 40 | | |
| | | Adequação de pessoal | 10 | | | |
| | | Suporte especializado* | 10 | | | |
| | | Educação permanente* | 10 | | | |

Quadro 2. (cont.)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Apoio tecnológico e logístico | Orientação de fluxo de encaminhamento* | 10 | 20 | |
| | | Normatização do cuidado | 10 | | |
| CONDIÇÕES PROCESSUAIS | Vínculo e territorialização | Canais de comunicação | 20 | 80 | |
| | | Participação popular nas decisões* | 20 | | |
| | | Identificação e vulnerabilidade | 20 | | |
| | | Monitoramento | 20 | | |
| | Organização do trabalho | Foco na família | 20 | 80 | 240 |
| | | Ações intersetoriais | 20 | | |
| | | Planejamento conjunto | 20 | | |
| | | Ações compartilhadas | 20 | | |
| | Coordenação do cuidado | Acolhimento | 20 | 80 | |
| | | Encaminhamento | 20 | | |
| | | Acompanhamento | 20 | | |
| | | Responsabilização | 20 | | |

* Parâmetros definidos segundo a distribuição quartil para cada estrato de porte populacional.

** Parâmetro definido conforme Portaria nº 1007/2010 (BRASIL, 2010), para classificação de incentivos financeiros.

A MAJ possibilitou a análise da gestão municipal nos diferentes elementos avaliativos, de modo a identificar pontos de fragilidade e potencialidades. Para o julgamento das subdimensões, dimensões e da gestão, adotou-se o somatório dos pontos observados, confrontados com o potencial esperado (somatório do valor observado multiplicado por cem e dividido pelo somatório do valor esperado). O município foi classificado como 'bom' quando atingiu, pelo menos, 80% do valor esperado; como 'ruim' quando alcançou, no máximo, 50%; e como 'regular' nas demais situações. Em função da dimensão 'Condições Processuais' ser fundamental para o objeto avaliado, os valores atribuídos aos seus elementos de análise foram superiores aos da dimensão 'Condições Estruturais'.

Na apresentação do resultado dos municípios, foi utilizado o *software* TabWin 32.0®, disponibilizado pelo Ministério da Saúde para a construção dos mapas de distribuição espacial, com a classificação dos municípios catarinenses, segundo as dimensões 'Condições Estruturais' e 'Condições Processuais', além do julgamento de valor da gestão municipal para o processo de trabalho na AB.

Os dados foram processados em planilha no Microsoft Office Excel®, realizando-se análises conforme distribuição de frequências absolutas e relativas. Para os testes de associação, foi realizada análise bivariada por meio do teste exato de Fisher, considerando como nível de significância estatística o valor de 5% ($p<0,05$).

A base de informações deste estudo é composta por dados secundários que já se encontram em domínio público, dispensando a aprovação pelo Comitê de Ética.

## Resultados

Os municípios participantes desta pesquisa representam 91,9% do total de municípios do estado de Santa Catarina. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), são, em sua maioria, de pequeno porte (IBGE, 2014).

A classificação dos municípios está exposta na *tabela 1*. A gestão municipal do processo de trabalho na AB foi classificada como 'boa' em 10,7% dos municípios catarinenses. Entre as duas dimensões analisadas, destacam-se as 'Condições Estruturais', que tratam de elementos de suporte e de apoio fornecidos pela gestão para que o processo de trabalho ocorra de acordo com o preconizado e esperado na AB. Nesta dimensão, 23,3% dos municípios foram avaliados como 'bom', quase o dobro da outra dimensão, que analisa 'Condições Processuais'.

Tabela 1. Número e percentual de municípios, segundo a classificação na avaliação da gestão municipal do processo de trabalho na Atenção Básica em saúde, para indicadores, subdimensões, dimensões e gestão

| **Dimensão** | **Classificação** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SUBDIMENSÃO | **RUIM** | | **REGULAR** | | **BOM** | |
| Indicadores | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| **Condições estruturais** | 70 | 25,8 | 138 | 50,9 | 63 | 23,3 |
| INFRAESTRUTURA | 85 | 31,4 | 100 | 36,9 | 86 | 31,7 |
| Espaço físico adequado para desenvolvimento das ações | 23 | 8,5 | 150 | 55,3 | 98 | 36,9 |
| Existência de suporte tecnológico | 60 | 22,1 | 16 | 5,9 | 195 | 72 |
| Recursos de mobilidade da equipe | 46 | 17 | 17 | 6,3 | 208 | 76,7 |
| Disponibilidade para o acesso | 39 | 14,4 | 198 | 73,1 | 34 | 12,5 |
| PESSOAL | 79 | 29,2 | 115 | 42,4 | 77 | 28,4 |
| Cobertura populacional | 106 | 39,1 | - | - | 165 | 60,9 |
| Adequação de pessoal | 116 | 42,8 | 4 | 1,5 | 151 | 55,7 |
| Suporte especializado | 40 | 14,8 | - | - | 231 | 85,2 |
| Educação permanente | 43 | 15,9 | 6 | 2,2 | 222 | 81,9 |
| APOIO TECNOLÓGICO E LOGÍSTICO | 223 | 82,3 | 8 | 2,9 | 40 | 14,8 |
| Orientação de fluxo de encaminhamento | 66 | 24,3 | 33 | 12,2 | 172 | 63,5 |
| Normatização do cuidado | 204 | 75,3 | 11 | 4 | 56 | 20,7 |
| **Condições processuais** | 101 | 37,3 | 135 | 49,8 | 35 | 12,9 |
| VÍNCULO E TERRITORIALIZAÇÃO | 41 | 15,1 | 95 | 35,1 | 135 | 49,8 |
| Canais de comunicação | 30 | 11,1 | 10 | 3,7 | 231 | 85,2 |
| Participação popular nas decisões | 59 | 21,8 | 77 | 28,4 | 135 | 49,8 |
| Identificação de vulnerabilidade | 34 | 12,5 | - | - | 237 | 87,5 |

Tabela 1. (cont.)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Monitoramento | 48 | 17,7 | 27 | 10 | 196 | 72,3 |
| ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO | 195 | 72 | 57 | 21 | 19 | 7 |
| Foco na família | 43 | 15,9 | 9 | 3,3 | 219 | 80,8 |
| Ações intersetoriais | 236 | 87,1 | 3 | 1,1 | 32 | 11,8 |
| Planejamento conjunto | 82 | 30,3 | - | - | 189 | 69,7 |
| Ações compartilhadas | 189 | 69,7 | 20 | 7,4 | 62 | 22,9 |
| COORDENAÇÃO DO CUIDADO | 196 | 72,3 | 56 | 20,7 | 19 | 7 |
| Acolhimento | 5 | 1,9 | 77 | 28,4 | 189 | 69,7 |
| Encaminhamento | 79 | 29,1 | 26 | 9,6 | 166 | 61,3 |
| Acompanhamento | 214 | 79 | 10 | 3,7 | 47 | 17,3 |
| Responsabilização | 204 | 75,3 | 19 | 7 | 48 | 17,7 |
| Gestão do processo de trabalho na Atenção Básica em saúde | 86 | 31,7 | 156 | 57,6 | 29 | 10,7 |

Uma análise detalhada das 'Condições Estruturais' permite observar melhor resultado na subdimensão 'Infraestrutura' (31,7%), com destaque para 'Recursos de Mobilidade da Equipe' e 'Existência de Suporte Tecnológico', que apresentaram mais de 70% dos municípios avaliados como 'bom'. Na 'Disponibilidade para o Acesso', que considerou o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) por, no mínimo, 40 horas semanais e a disponibilidade de, pelo menos, uma UBS no município atuar com horário estendido, não foi observado comportamento tão satisfatório.

'Suporte Especializado' e 'Educação Permanente' foram destaques na análise de 'Pessoal', com mais de 80% dos municípios avaliados como 'bom'. Em contrapartida, no indicador 'Adequação de Pessoal', uma parcela significativa de municípios (42,8%) ainda não possui profissionais da saúde bucal (dentista e auxiliar de saúde bucal) em todas as EqAB.

O pior desempenho na análise estrutural foi no 'Apoio Tecnológico e Logístico', com menos de 14,8% dos municípios classificados como 'bom'. Nesta subdimensão, destaca-se o resultado alcançado no indicador 'Normatização do Cuidado', que se refere à utilização de protocolos para a estratificação de riscos em agravos elencados como prioritários na AB, com 75,3% dos municípios classificados como 'ruim'.

A segunda dimensão do estudo analisa aspectos da organização do processo de trabalho, com foco no indivíduo/família, reconhecendo seu ambiente físico e social de forma integral e contínua, e em conformidade com os princípios do SUS, expressando 'Condições Processuais' com apenas 12,9% dos municípios classificados como 'bom'. Nesta, chamam a atenção a 'Organização do Trabalho' e a 'Coordenação do Cuidado', com aproximadamente 90% dos munícipios classificados como 'ruim' e 'regular'.

Na 'Organização do Trabalho', as 'Ações

Intersetoriais' e as 'Ações Compartilhadas' não ocorrem como o preconizado em 87,1% e 69,7% dos elementos analisados, respectivamente. A situação agrava-se na análise da 'Coordenação do Cuidado', com destaque para o 'Acompanhamento' e a 'Responsabilização'. Apenas 17% dos municípios cumprem os requisitos de contrarreferência com outros níveis de atenção e realização de busca ativa para as situações hipertensos e diabéticos, pré-natal, exames citopatológico e vacinas em atraso.

Na *tabela 2*, observa-se que municípios menores apresentaram melhor classificação, tanto na análise das dimensões quanto na avaliação geral da gestão municipal. Aproximadamente metade dos municípios de até 5 mil habitantes destacaram-se com resultado 'bom' na dimensão 'Condições Estruturais', observando-se um declínio na classificação à medida que aumenta o porte populacional. Nas 'Condições Processuais', pouco mais de 25% dos municípios de menor porte populacional foram classificados como 'bom', enquanto 7% dos municípios com população acima de 25 mil obtiveram classificação semelhante *(tabela 2)*.

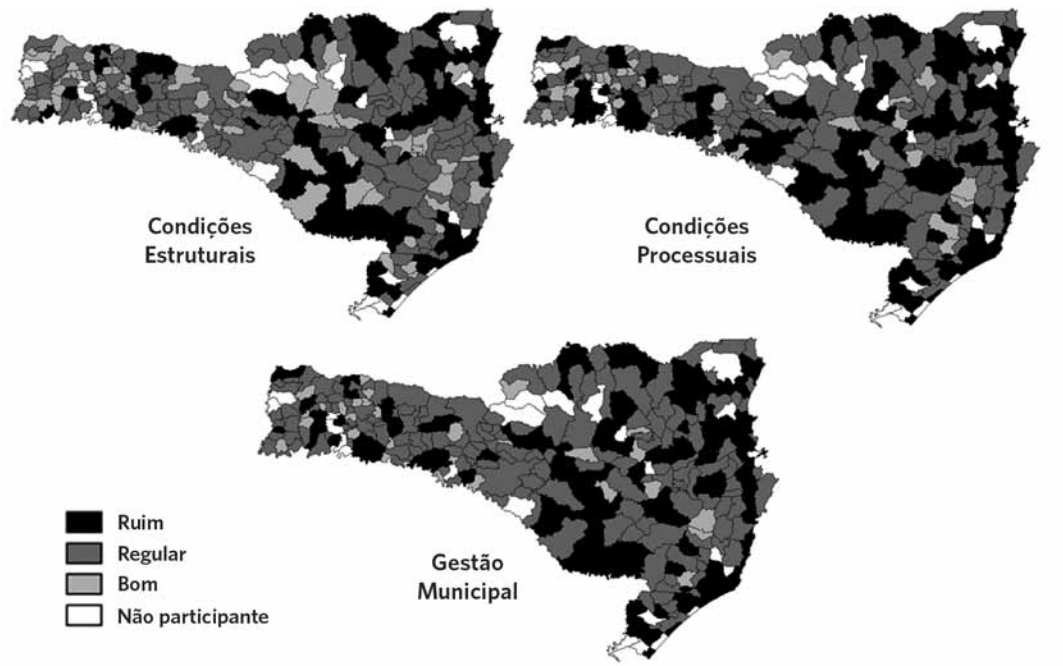
Tabela 2. Avaliação da gestão municipal do processo de trabalho na Atenção Básica em saúde, segundo o porte populacional

| **Classificação** | **RUIM** | | **REGULAR** | | **BOM** | | **TOTAL** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº de habitantes** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| **Gestão municipal** | | | | <0,001* | | | | |
| Até 5 mil habitantes | 6 | 6,8 | 60 | 68,2 | 22 | 25 | 88 | 100 |
| De 5 a 10 mil habitantes | 16 | 31,4 | 33 | 64,7 | 2 | 3,9 | 51 | 100 |
| De 10 a 25 mil habitantes | 29 | 38,7 | 45 | 60 | 1 | 1,36 | 75 | 100 |
| Acima de 25 mil habitantes | 35 | 61,4 | 18 | 31,6 | 4 | 7 | 57 | 100 |
| **Condições estruturais** | | | | <0,001* | | | | |
| Até 5 mil habitantes | 5 | 5,7 | 40 | 45,4 | 43 | 48,9 | 88 | 100 |
| De 5 a 10 mil habitantes | 11 | 21,6 | 28 | 54,9 | 12 | 23,5 | 51 | 100 |
| De 10 a 25 mil habitantes | 18 | 24 | 51 | 68 | 6 | 8 | 75 | 100 |
| Acima de 25 mil habitantes | 36 | 63,2 | 19 | 33,3 | 2 | 3,5 | 57 | 100 |
| **Condições processuais** | | | | <0,001* | | | | |
| Até 5 mil habitantes | 13 | 14,8 | 50 | 56,8 | 25 | 28,4 | 88 | 100 |
| De 5 a 10 mil habitantes | 21 | 41,2 | 26 | 51 | 4 | 7,8 | 51 | 100 |
| De 10 a 25 mil habitantes | 33 | 44 | 40 | 53,3 | 2 | 2,7 | 75 | 100 |
| Acima de 25 mil habitantes | 34 | 59,7 | 19 | 33,3 | 4 | 7 | 57 | 100 |

*Valor-p utilizando teste exato de Fisher.

Na distribuição espacial, observa-se que municípios do oeste catarinense obtiveram melhores classificações do que os municípios das regiões Central e Litorânea. Menos de 20% dos municípios do Oeste foram avaliados como 'ruins' na dimensão 'Condições Estruturais', enquanto nas regiões Central e Litorânea esse percentual aumentou para 35,7% e 45,7%, respectivamente. Nas 'Condições Processuais', a região Litorânea manteve comportamento idêntico ao da dimensão estrutural, diferente das regiões Oeste e Central, que sofreram pequenas oscilações (*figura 1*).

Figura 1. Avaliação da gestão municipal do processo de trabalho na Atenção Básica em saúde




## Discussão

A aplicação em Santa Catarina justifica-se por ser este um dos estados de maior adesão dos municípios e equipes ao PMAQ, nos dois ciclos de análise do Programa. No ciclo 2, base de dados deste estudo, a adesão municipal foi de 99,3%, incluindo 91,6% das equipes existentes no estado. Isso permitiu a agregação dos resultados das equipes por município e uma análise regional. Sua aplicação mostrou-se viável e independente do porte populacional. Os melhores resultados, em municípios de menor porte populacional, também foram encontrados nos estudos de Colussi e Calvo (2011) e Lacerda *et al.* (2012), além da maior proporção destes municípios na região do oeste catarinense.

Melhores resultados das 'Condições Estruturais' podem indicar um comprometimento da gestão municipal com a superação de problemas estruturais evidenciados ao longo da consolidação da AB. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo que analisou condições estruturais da AB em municípios de pequeno porte, majoritários no universo aqui analisado (PIMENTEL; ALBUQUERQUE; SOUZA, 2015).

'Recursos de Mobilidade das Equipes' e 'Existência de Suporte Tecnológico' foram os aspectos assegurados pelo maior número de gestores municipais, aferidos pela disponibilidade de veículo que atenda às necessidades das equipes e de computador com acesso à Internet em, pelo menos, um consultório. Na literatura, foram encontrados achados contraditórios, em especial, nas regiões Sudeste e Nordeste. Identificaram-se problemas como a falta de computadores conectados à Internet para a transmissão de informações, e carência na oferta de veículos para a realização de visitas domiciliares e atividades de educação em saúde nas comunidades (PROTÁSIO *ET AL.*, 2014; GARCIA *ET AL.*, 2014). Estudo mais recente identificou acentuadas desigualdades regionais, com as regiões Norte e Nordeste apresentando os piores resultados e as regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste com os maiores percentuais de adequação da estrutura das unidades de saúde (TOMASI *ET AL.*, 2015).

O ponto crítico nesse bloco de avaliação foi 'Disponibilidade para o Acesso', ao demonstrar que a AB, como entrada preferencial do sistema, possui barreiras decorrentes dos horários de funcionamento das unidades. Observou-se que os municípios não asseguram o cumprimento das 40 horas semanais nem possuem, pelo menos, uma unidade no município com horário estendido para atender às necessidades da população, com vistas a diminuir barreiras de acesso e melhorar a utilização dos serviços (BRASIL, 2011B). A dificuldade de acesso identificada impacta de forma negativa sobre os fundamentos e diretrizes propostos para a AB, e contribui para o excesso de demanda dos prontos-socorros, que deveriam dedicar-se ao atendimento das urgências/emergências, o que aponta o horário de funcionamento adequado da unidade como item mais crítico (REIS *ET AL.*, 2013; MOREIRA *ET AL.*, 2015). Em Minas Gerais, a indisponibilidade da equipe para o atendimento ao usuário em horários noturnos e finais de semana resultou em baixa resolubilidade, principalmente, quando relacionada a eventos agudos (CHOMATAS *ET AL.*, 2013).

A avaliação satisfatória do 'Suporte Especializado', seguido pela 'Educação Permanente' na análise da subdimensão 'Pessoal', demonstra a preocupação da gestão em estruturar suas equipes com profissionais especializados e qualificados, nos municípios estudados. Também no cenário nacional, as ações de educação permanente vêm se destacando no desenvolvimento do processo de trabalho das equipes da AB (CARNUT; SILVA, 2011). A oferta de ações de educação permanente, com destaque para a participação no Telessaúde e nos cursos presenciais, foi também encontrada em estudo que analisou a gestão do trabalho na AB, a partir das entrevistas realizadas pelo PMAQ no primeiro ciclo, mantendo aparentemente, a tendência no segundo ciclo (SEIDL *ET AL.*, 2014).

Destaca-se a insuficiência de profissionais de saúde bucal nas equipes, embora a atenção nesta área seja indissociável dos demais serviços de saúde ofertados pela AB. Uma análise comparativa entre as coberturas populacionais da Equipe de Saúde Bucal (EqSB) e da EqAB, em municípios pernambucanos, permitiu observar baixa cobertura populacional da EqSB, variando entre 30% e 19,5% (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014). Nessa mesma perspectiva, Collussi e Calvo (2011), ao estudarem municípios catarinenses, constataram relação desfavorável entre o número de profissionais auxiliares e cirurgiões-dentistas.

O resultado do indicador 'Normatização do Cuidado' apresentou baixo desempenho entre os municípios estudados, sendo que o uso de protocolos clínicos para o atendimento previsto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) propõe uma alternativa para a complexidade das tecnologias de cuidado produtoras de saúde (BRASIL, 2011B). Dados semelhantes foram encontrados em estudo baseado nos dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB, com 75% das unidades respondendo negativamente para a existência de protocolos (PROTÁSIO *ET AL.*, 2014).

Na dimensão 'Condições Processuais', o resultado alcançado pelos municípios foi insatisfatório, o que sugere um distanciamento, por parte da gestão e das equipes, das recomendações do processo de trabalho organizado com foco no indivíduo/família. Na subdimensão 'Vínculo e Territorialização', o resultado indica precariedade nas relações gestão-profissionais-usuários, principalmente, na 'Participação Popular nas Decisões'. Resultados semelhantes foram encontrados por Cruz *et al.* (2012), com indicação de que os profissionais desvalorizavam o espaço de diálogo como oportunidade de aprender com o saber popular, e a população utilizava o espaço de participação popular apenas como 'balcão de reclamações' sobre os atendimentos de saúde.

'Organização do Trabalho' e 'Coordenação do Cuidado' foram as subdimensões com os piores resultados, agravando a avaliação da gestão do processo de trabalho na AB, em municípios catarinenses. Na 'Organização do Trabalho', destaque para indicadores de 'Ações Intersetoriais' e 'Ações Compartilhadas'. A intersetorialidade é um dos princípios organizativos da AB, e compreende a articulação e o envolvimento da saúde com outros setores, seja no planejamento de ações ou no alcance de metas comuns. As ações compartilhadas buscam respeitar o princípio da integralidade, além de possibilitar que todos os profissionais se mantenham responsáveis pelo cuidado e de qualificar o processo organizativo. Essa prática deve ser orientada pela gestão municipal, pois possibilita a troca de saberes entre os profissionais, evitando a fragmentação da assistência. Além das condições estruturais, é preciso garantir articulação entre os setores externos ao setor saúde, principalmente, os setores educação, planejamento urbano e segurança (SANTOS; RIGOTTO, 2010; PEREIRA, 2010).

A 'Coordenação do Cuidado' compreende a sincronicidade de ações de 'Acolhimento', 'Encaminhamento', 'Monitoramento' e 'Responsabilização', independentemente do ponto de atenção no qual o indivíduo esteja no sistema. A gestão deve dar condições para a equipe da AB ser capaz de coordenar as ações de saúde e prestar atenção à pessoa/família, mesmo em outros níveis de atenção, atuando de forma integrada com os profissionais dos serviços especializados que compõem a rede de saúde. No presente estudo, menos de 20% dos municípios foram classificados como 'bom' na análise do 'Acompanhamento' e da 'Responsabilização' do cuidado. Achados nacionais corroboram esse resultado mostrando que ações da coordenação do cuidado ainda são incipientes, com menos de 1/3 das equipes declarando contatar o especialista para trocar informações e discutir casos relativos aos pacientes encaminhados (SEIDL *ET AL.*, 2014).

Entre os desafios do SUS, estão a qualificação da AB para exercer a coordenação do cuidado e a reorganização dos pontos de atenção, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada e forneça aos usuários do SUS respostas adequadas às suas necessidades (BARATIERI; MARCON, 2011; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Identifica-se que os aspectos estruturais, isoladamente, não garantem o desenvolvimento de um processo de trabalho com qualidade na AB. Os profissionais e gestores municipais de saúde precisam retomar o entendimento do processo de trabalho como um objeto contínuo do trabalho em equipe. Atualmente, ele é executado por meio de instrumentos fragmentados, que diminuem a qualidade dos serviços e comprometem o potencial de resolubilidade da AB (CORDEIRO; SOARES, 2015).

## Conclusão

O estudo identificou alguns avanços da gestão municipal do processo de trabalho na AB, principalmente, nas condições estruturais proporcionadas às EqAB. Foi possível identificar que a maior parte das EqAB

estudadas possuem acesso ao aporte tecnológico, condição de mobilidade para a equipe, suporte especializado e educação permanente. Porém, importantes desafios foram identificados nas condições processuais.

Segundo os dados encontrados, instrumentos de participação popular na gestão local, desenvolvimento de ações intersetoriais e compartilhadas, acompanhamento e responsabilização do cuidado, em todos os pontos de atenção, na perspectiva de um trabalho articulado, ainda são elementos a serem efetivados no estado de Santa Catarina, e a coincidência com achados da literatura nos permitem afirmar que, também, no País. Isto remete à reflexão de que os problemas não se concentram apenas na disponibilidade de recursos, mas também na formação profissional, que, apesar dos recentes esforços de mudança, com ajustes curriculares, ainda não atendem às necessidades do SUS.

O PMAQ-AB, inserido no escopo de políticas indutoras do Ministério da Saúde e aliado a outras fontes de financiamento, pode ter produzido melhorias estruturais na AB e contribuído com os resultados encontrados. Ações que possam tornar a AB ordenadora do cuidado em saúde, proporcionando acesso equânime e processo de trabalho consoante com os pressupostos da atenção primária em saúde, são prementes em municípios com distintas realidades populacionais e de organização dos serviços.

## Colaboradores

Karine Cardoso Fontana e Patrícia Maria de Oliveira Machado desenvolveram a pesquisa, a análise de dados e a elaboração do manuscrito. Josimari Telino de Lacerda orientou a pesquisa, a concepção do manuscrito e fez a revisão crítica do mesmo. ■

## Referências

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.,* Rio de Janeiro, v. 15, n .4, p. 802-810, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.007, de 04 de maio de 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias – ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010.html>. Acesso em: 29 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado

Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diário Oficial [da] União.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 29 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. 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). *Diário Oficial [da] União,* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 29 ago. 2016.

CARNUT, L.; SILVA, J. L. Saúde bucal na estratégia de saúde da família: das desigualdades sociais à inserção das ações. *J. Manag. Prim. Health Care,* Londres, v. 3, n. 2, p. 186-196, 2011.

CHOMATAS, E. *et al*. Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade,* Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 294-303, 2013.

COLUSSI, C.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 1, n. 27, p. 1731-1745, 2011.

CORDEIRO, L.; SOARES, C. B. Processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde: pesquisa-ação com Agentes Comunitários de Saúde. *Ciênc. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3581-3588, 2015.

CRUZ, P. J. S. C. *et al*. Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. *Saúde Soc.,* São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1087-1100, 2012.

FERREIRA, V. L. *As múltiplas faces da gestão:* a prática gerencial nos serviços de saúde de Piraí. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social). Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2012.

GARCIA, A. C. P. *et al*. Análise da organização da atenção básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 221-236, out. 2014.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 318-332, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estados@:* Santa Catarina. Brasília, DF: IBGE, 2014. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=sc>. Acesso em: 14 abr. 2015.

LACERDA, J. T. *et al*. Avaliação da gestão para o planejamento em saúde em municípios catarinenses. *Ciênc. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 851-859, 2012.

MOREIRA, R. N. *et al*. Qualidade de serviços: análise de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Gestão Saúde,* Brasília, DF, v. 6, n. 2, p. 1267-1288, 2015.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 66, n. esp., p. 158-164, 2013.

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: Fiocruz, 2008. p. 547-574.

PAIM, J. *et al*. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, Londres, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PEREIRA, R. R. Plano diretor como instrumento para promoção da saúde: um estudo de caso em Nova Friburgo (RJ). *Rev. Baiana Saúde Pública*, Salvador, v. 34, n. 3, p. 612-622, 2010.

PIMENTEL, F. C.; ALBUQUERQUE, P. C.; SOUZA, W. V. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por

porte populacional. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 88-101, 2015.

PROTASIO, A. P. L. *et al*. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 209-220, out. 2014.

REIS, R. S. *et al*. Acesso e utilização dos serviços na estratégia saúde da família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciênc. Saúde Col.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, 2013.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab. Educ. Saúde,* Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010.

SEIDL, H. *et al*. Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 94-108, out. 2014.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção primária à saúde: a construção de um conceito ampliado. *J. Manag. Prim. Health Care,* Londres, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.

TOMASI, E. *et al*. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na atenção básica à saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil,* Recife, v. 15, n. 2, p. 171-180, 2015.

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

# O pensamento dos gestores municipais sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS

## *The thought of municipal managers about the ombudsman as a potential tool of participatory management of the SUS*

Raelma Paz Silva[1], Elizabeth Alves de Jesus[2], Luciani Martins Ricardi[3], Maria Fátima de Sousa[4], Ana Valéria Machado Mendonça[5]

**RESUMO** O estudo, de abordagem qualitativa, buscou, a partir do discurso de gestores municipais de saúde, identificar potencialidades à participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como compreender como esses gestores utilizam a ouvidoria para a tomada de decisão. Foram entrevistados 12 gestores, de quatro regiões do País, com posteriores transcrição e análise de discurso. Entendendo a participação como direito constitucional, as ouvidorias do SUS têm papel fundamental para a gestão, pois estimulam a participação individual do usuário e, em contrapartida, possibilitam ao gestor conhecer a opinião da população a respeito das ações e dos serviços de saúde ofertados no município.

**PALAVRAS-CHAVE** Defesa do paciente. Participação social. Gestão em saúde.

**ABSTRACT** *The study, of qualitative approach, aimed, from the discourse of municipal health managers, to identify potential for the community participation in the management of the Brazilian Unified Health System (SUS), as well as understand how these managers use the ombudsman for decision-making. Were interviewed 12 managers, from four regions of the Country, with subsequents transcription and speech analysis. Understanding participation as constitutional right, the ombudsmen of the SUS have key role in the management, because they stimulate the individual participation of the user and, in counterpart, enable the manager to know the opinion of the population regarding the actions and health services offered in the municipality.*

**KEYWORDS** *Patient advocacy. Social participation. Health management.*

[1] Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
*raelma.gesco@gmail.com*

[2] Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
*elizabethalvesjesus@gmail.com*

[3] Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
*luciani.ricardi@gmail.com*

[4] Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
*fatimasousa@unb.br*

[5] Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
*valeriamendonca@gmail.com*

## Introdução

A participação da comunidade na formulação, avaliação e fiscalização das políticas públicas no Brasil é uma conquista social que, ao longo dos anos, tem se ampliado em concepção e ferramentas que a viabilizem, de fato. A Constituição Federal (CF) de 1988, em seu artigo 37, além de trazer os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência para a administração pública direta e indireta de qualquer dos poderes da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, em seu parágrafo 3º, estabelece que

> a lei disciplinará as formas de participação da comunidade na administração dos serviços públicos de maneira direta e indireta, com objetivo de fiscalizar, avaliar e contribuir para construção destes serviços. (BRASIL, 1988).

A partir de então, estabeleceu-se que o Estado deve ser responsável por instituir mecanismos que possibilitem a participação da comunidade na administração dos serviços públicos. Um desses mecanismos é a ouvidoria, que visa a, sobretudo, ser um canal de comunicação direta entre a administração dos serviços e a população a quem os serviços se destinam, possibilitando a participação individual.

Neste sentido, segundo a cartilha de implementação de unidades, a Ouvidoria Geral da União determina:

> Ouvidoria pública deve ser compreendida como uma instituição que auxilia o cidadão em suas relações com o Estado. Deve atuar no processo de interlocução entre o cidadão e a Administração Pública, de modo que as manifestações decorrentes do exercício da cidadania provoquem contínua melhoria dos serviços públicos prestados. (BRASIL, 2012, P. 7).

Entretanto, as bases das ouvidorias vêm de longa data. O personagem que deu origem à figura do ouvidor público surgiu há mais de três séculos, na Suécia, quando o Rei Carlos XII ficou, durante 17 anos, longe de seu país em função das guerras. Foi então que, nesse período, criou-se o cargo do *ombudsman,* que significa, em português, 'representante'. Mas esse primeiro representante tinha como função supervisionar os trabalhadores do reino e, somente mais tarde, passou a ter um papel ampliado, com a responsabilidade de defender o cidadão ou o povo contra os excessos da burocracia do Estado (OMBUDSMAN SASKATCHEWAN, 2015). Aos poucos, essa função dentro do Estado foi se tornando a oportunidade de existir uma relação entre os cidadãos e a administração pública, mediada pelo *ombudsman*.

No Brasil, as primeiras experiências que denotam a presença de um *ombudsman*, personagem este que em nossa sociedade é conhecido como 'ouvidor', ocorreu ainda no período colonial, entre 1500 e 1822, e tinha como função o oposto do que é hoje, pois, nesse período, sua função era manter o rei de Portugal informado sobre o que ocorria na colônia. Esse cenário mudou após a independência, quando surge o ouvidor como 'juízo do povo', a quem a população poderia recorrer para relatar alguma injustiça e pedir providências (PEIXOTO; MARSIGLIA; MORRONE, 2013).

Entretanto, o marco para a discussão da ouvidoria como conhecemos hoje é o processo de redemocratização do País, nos anos 1980, com a implantação, primeiramente, de uma ouvidoria privada pela empresa Rhodia, em 1985, e, já no ano seguinte, a primeira ouvidoria pública, do município de Curitiba (PEIXOTO; MARSIGLIA; MORRONE, 2013). A partir de então, o País avançou muito nessa discussão, e começaram a surgir ouvidorias das políticas públicas implantadas na perspectiva de participação da comunidade por todo o País, nas três esferas: municipal, estadual e federal.

> A ouvidoria não é apenas um instrumento ou mesmo um canal entre o cidadão e a

> Administração Pública. Trata-se de uma instituição de participação que, juntamente com os conselhos e as conferências, tem o dever de promover a interação equilibrada entre legalidade e legitimidade. (BRASIL, 2012, P. 7).

Outra conquista oriunda das lutas sociais iniciadas no período de ditadura militar e, depois, continuadas no processo de redemocratização foi o direito à saúde, também garantido constitucionalmente, no artigo 196 (BRASIL, 1988).

Para a efetivação desse direito, é instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem entre seus princípios e diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, essenciais para a construção de um sistema de saúde democrático e que atenda às necessidades de sua população.

Mesmo já afirmada na CF em 1988, somente em 1990, com a Lei nº 8.142/90, foi regulamentada a participação da comunidade na gestão do SUS, momento em que se instituíram duas instâncias colegiadas de grande importância para a democracia participativa: as Conferências e os Conselhos de Saúde, sendo este último com funções deliberativas (BRASIL, 1990).

Conforme Rolim, Cruz e Sampaio (2013), essa pode ser considerada uma das maneiras mais avançadas de se efetivar a democracia, quando se reposiciona a relação entre Estado e sociedade na construção de políticas públicas menos horizontalizadas e mais próximas da realidade das pessoas que vivem as necessidades de saúde de cada comunidade.

Outro marco para a participação da comunidade na gestão do SUS foi a instituição, por meio do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e, no âmbito dela, do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (BRASIL, 2003).

As ouvidorias são ferramentas estratégicas para a gestão do SUS, na medida em que possibilitam o diálogo entre a sociedade e a administração pública, contribuindo para a participação do cidadão na avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde, com a proposta de subsidiar a tomada de decisão (BRASIL, 2009).

Assim como a atenção à saúde, as ouvidorias do SUS devem ser descentralizadas, de forma a serem implantadas e operacionalizadas também pelos estados e pelos municípios, para que o conjunto de ações e serviços de saúde possa ser avaliado pela população. Vale destacar que as ouvidorias do SUS precisam ir além de ser um espaço apenas para reclamação, devendo ser capazes de acolher demandas referentes a informações, sugestões, solicitações, denúncias, reclamações e elogios (BRASIL, 2014B).

> [...] ouvidoria pública, ela se apresenta como um autêntico instrumento da democracia participativa, na medida em que transporta o cidadão comum para o âmbito da administração. Este através da ouvidoria, ganha voz ativa, na medida em que suas críticas, denúncias ou sugestões são acolhidas pela administração, contribuindo, dessarte, para a correção e o aprimoramento dos atos de governo. (LYRA, 2004, P. 4).

Ressalta-se, ainda, que nenhuma legislação atribui à ouvidoria algum poder deliberativo. Em suma, ela pode fazer: recomendações, sugerir, mediar, instruir, mas não exerce nenhum poder de decisão direto. Porém, além de sua relevância técnica, a ouvidoria pode ter um papel político na articulação entre as demandas da população e a gestão do SUS nas três esferas, favorecendo a efetivação da gestão estratégica e participativa no sistema.

Sendo assim, o presente trabalho tem o objetivo de compreender o pensamento dos gestores municipais de saúde sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS, bem como

a forma como a ouvidoria é utilizada para a tomada de decisão na gestão municipal.

## Métodos

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa cujo desenho baseia-se na coleta de dados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado aplicado junto aos secretários municipais de saúde (gestores municipais). Foi considerado, ainda, como instrumento de coleta o diário de campo, composto pela observação do pesquisador, fundamental para compor a análise de contexto. O roteiro continha dez perguntas norteadoras, com a seguinte questão principal 'Como o gestor utiliza da ferramenta de ouvidoria como instrumento para subsidiar a tomada de decisão para a gestão?'. Foram questionados, também, sobre como as ferramentas de ouvidoria os auxiliam na resolução de alguma demanda de sua comunidade.

O critério de escolha dos participantes foi por conveniência, por serem municípios próximos a capital, que exigiam um tempo de deslocamento menor. Em contato prévio, realizado por telefone e/ou via *e-mail*, com a secretaria de saúde do município escolhido, foram agendadas as entrevistas nas datas indicadas. Os gestores municipais de saúde foram entrevistados de acordo com o município onde exercem sua gestão.

Foram visitados 13 municípios, contemplando as regiões Norte, Nordeste, Sul e Sudeste do País, no período entre julho de 2013 e janeiro de 2014. Realizaram-se 12 entrevistas, um dos gestores convidados não participou da amostra porque não se encontrava na secretaria de saúde na data e no horário marcados, e com impossibilidade de agendar outro momento para a entrevista.

Os dados foram submetidos a análise de discurso, forma de análise onde o objeto a ser estudado é o próprio discurso, fazendo análise da fala do sujeito. Como explica Orlandi (1999), a análise de discurso visa a, a partir da própria interpretação, possibilitar a compreensão da história também sobre outra perspectiva. Foram estabelecidas duas categorias de análise: ouvidoria como mecanismo de participação da comunidade; e ouvidoria como instrumento de gestão.

Para melhor compreensão do objeto, foi realizada uma contextualização dos municípios visitados, que apresentam perfis diferentes e organização institucional complexa, na medida em que a população variava de 4 mil até 900 mil habitantes, o caso de uma capital com população equivalente à de uma metrópole, segundo a classificação do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (PNUD, 2015).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde/UnB, sob o número 209/13, bem como foram respeitados todos os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, em especial, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes e a garantia do anonimato.

## Resultados e discussão

Do total dos 12 gestores entrevistados, 7 eram do sexo feminino e 5 masculino, oriundos de variadas formações acadêmicas, entre elas: enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, farmacêutico-sanitarista, professor, assistente social, biólogo, psicólogo e odontólogo.

A maior parte dos municípios apresentava uma rede de saúde bastante solidificada, no sentido de ter Equipes de Saúde da Família, hospitais de médio e grande portes, entre outros programas e iniciativas de proteção, promoção e recuperação da saúde. Todavia, em alguns dos municípios visitados, a rede de saúde era bastante reduzida, dado o porte do mesmo, com apenas um Centro de Saúde, um médico (colaborador do Programa Mais

Médicos, iniciativa do Ministério da Saúde), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma atendente na recepção. Em um dos municípios, de 4 mil habitantes, a secretária de saúde exercia, também, a função de ouvidora.

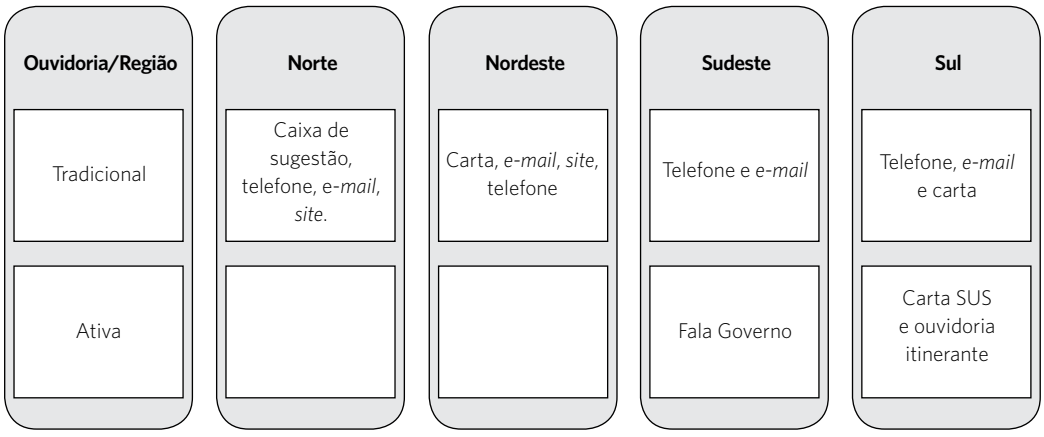
Entre os municípios, 10 possuíam ouvidoria do SUS implantada e 2 estava em vias de implantação. Os municípios que já haviam implantado a ouvidoria se utilizavam das seguintes ferramentas para facilitar o acesso do usuário: caixas de sugestão, telefone, *e-mail*, *site*, cartas e ouvidoria itinerante, com a busca ativa na comunidade e realização de reuniões nos bairros.

E, nesse sentido, é importante destacar que nem todas as ouvidorias possuíam uma estrutura adequada para realizar o atendimento presencial do usuário, a exemplo das que contavam apenas com uma cadeira, mesa, telefone e um computador. Já no município específico em que a gestora exercia também a função de ouvidora, as demandas, solicitações e reclamações dos usuários eram feitas diretamente a ela, o que facilitava a resposta, apesar das dificuldades próprias de um município de pequeno porte.

Peixoto, Marsiglia e Morrone (2013, P. 792), em estudo realizado com funcionários e usuários de uma ouvidoria, identificaram um importante aspecto que dificulta o acesso e a participação efetiva dos usuários, ou seja, "[...] o receio que muitos tinham de se manifestar através da ouvidoria, com temor de represália por parte dos funcionários da instituição". Esses são desafios que expressam a problemática da participação da comunidade na fiscalização e na avaliação da política de saúde, os quais se ampliam nos municípios menores, pela reduzida oferta e proximidade do usuário, tornando-o refém da estrutura.

A análise de contexto permitiu classificar as iniciativas dos municípios em duas categorias: a) ferramentas tradicionais de recepção ao usuário (caixas de sugestão, telefone, *e-mail*, *site*, cartas); b) ferramentas de ouvidoria ativa: Fala Governo, atividade de ouvidoria itinerante, busca ativa na comunidade, reuniões nos bairros com a comunidade.

Figura 1. Ferramentas de acesso utilizadas pelas ouvidorias de 10 municípios brasileiros visitados. Brasil, 2014




Fonte: Elaboração própria.

Todos os municípios que possuem ouvidoria implantada utilizam as ferramentas tradicionais de ouvidoria: telefone, *e-mail* e carta. Foi possível observar, ainda, que nem todos eles disponibilizam telefone de ligação gratuita. Apenas um município em cada região mencionou a ligação gratuita, sendo que eram considerados de médio porte, com uma maior estrutura de saúde. Apenas dois municípios do Norte do País e um do Nordeste declararam usar caixinhas de sugestão. Quanto às ferramentas de ouvidoria ativa, dois municípios, um no Sul e o outro no Sudeste, fazem uso das ferramentas da Carta SUS e do Fala Governo.

A ouvidoria ativa se relaciona de modo mais próximo da comunidade, está incumbida de ir em busca das demandas da população, e não apenas esperar ser demandada. Um exemplo de uma atividade de ouvidoria ativa são as pesquisas de satisfação ou de nível de confiança ou aceitação dos usuários a respeito de determinada ação da instituição.

> [...] essa ouvidoria é assim denominada pela natureza proativa de suas atividades: não apenas recebe demandas dos cidadãos e atua sobre elas, mas se incumbe de identificar e levantar informações junto aos cidadãos para subsidiar as decisões da alta direção do órgão/entidade quanto às melhorias e inovações que podem ser implementadas. (BRASIL, 2013B).

Das iniciativas de ouvidoria ativa identificadas nos municípios visitados, cabe destacar a estratégia do Fala Governo, que é um momento em que o secretário de saúde, juntamente com sua equipe de ouvidoria, dirige-se a unidade de saúde para a escuta da população e dos trabalhadores da saúde sobre suas necessidades, demandas, impressões a respeito dos serviços prestados.

Essa é uma iniciativa de um dos municípios visitados, instituída pelo secretário de saúde juntamente com a ouvidora, por entenderem que havia a necessidade de se aproximar da comunidade e buscar compreender suas necessidades. As escutas são realizadas nas unidades de saúde e os usuários têm a oportunidade de se manifestarem em relação ao atendimento, demandas ou sugestões. As questões levantadas podem subsidiar a gestão, tanto em relação a estrutura, como de readequação do quadro de trabalhadores e funcionamento da unidade em função da satisfação/insatisfação dos usuários.

Além disso, está instituída pelo Ministério da Saúde a Carta SUS, que é um mecanismo que possibilita a fiscalização dos serviços do SUS por parte da gestão e, com isso, o controle dos recursos públicos. A Carta é enviada a todos os usuários que foram internados ou realizaram algum procedimento ambulatorial de alta complexidade pelo SUS. A Carta SUS também faz pesquisa de satisfação do usuário quanto ao atendimento prestado no serviço de saúde, o que permite que o Ministério da Saúde tenha ciência da opinião dos usuários a respeito desses serviços (BRASIL, 2014C). Embora essa iniciativa já exista desde 2012 e já seja uma realidade em todo o País, apenas um dos gestores entrevistados mencionou a Carta SUS, quando questionado sobre as ferramentas utilizadas pela ouvidoria, possivelmente pelo fato de que a estratégia ainda é centralizada no âmbito federal.

A ouvidoria itinerante mencionada por um gestor se constitui na estratégia de escuta da comunidade em seu local de viver e produzir saúde. É o momento em que a gestão vai até os usuários – em especial, aqueles que vivem em condições de maior vulnerabilidade social – ouvir quais são suas necessidades, como estão percebendo os serviços de saúde, se estão sendo atendidos em suas necessidades mais específicas (BRASIL, 2014C).

Os dados evidenciam que a maioria das ouvidorias dos municípios visitados ainda se restringem às funções tradicionais de receber, registrar e encaminhar as demandas, sendo basicamente receptivas, com apenas

duas iniciativas de ouvidoria proativa.

Com a implantação da ouvidoria no município, a gestão tem o desafio de fazer chegar aos usuários as ferramentas de que dispõe para atendê-los. Segundo o guia de implantação de ouvidorias desenvolvido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013A), é necessário disponibilizar a seguinte estrutura mínima: espaço físico determinado, localização de fácil acesso e visibilidade ao cidadão, acessibilidade (rampa e banheiros adaptados), equipamentos e mobiliário adequados para a realização do serviço, disponibilidade de linha telefônica e acesso à internet, espaço adequado para atendimento presencial, eventualmente com resguardo de sigilo.

Apenas um dos municípios com ouvidoria implantada não possuía um número telefônico para contato, embora nem todos os municípios tivessem um número para o qual o cidadão possa ligar gratuitamente. Essa é uma informação importante, porque nos remete ao grau de importância que a gestão atribui ao fato de democratizar e facilitar o acesso do usuário aos serviços oferecidos pela ouvidoria do SUS no município.

> *Via telefone gratuito. 156, gratuito, liga sem custo nenhum. Foi feita propaganda, foi distribuído panfleto. Está na rádio, propaganda na rádio também, nas unidades de saúde. Em todos os departamentos do município. É um número conhecido e está em todos os carros do município, a ouvidoria. 'Ligue para nós, faça a sua denúncia. Faça a sua informação'. E está estampado em todos os lugares, em todos os prédios públicos.* (G.E.3).

Quando questionados a respeito das estratégias utilizadas para divulgação dos canais de acesso à ouvidoria do SUS, os gestores apontaram como mecanismo de divulgação os cartazes espalhados pela secretaria de saúde, nas unidades de saúde, sempre privilegiando espaços de maior visibilidade, com número telefônico, *site*, *e-mail* e endereço da ouvidoria. Além disso, os canais de mídias locais são instrumentos utilizados pela população para apresentar as deficiências do sistema. Os gestores percebem que esse canal amplia o alcance da fala dos usuários.

> *São diversas formas. Primeiro a gente mantém material informativo em todas as unidades, né? Em todos os serviços da Secretaria de Saúde, eles dispõem de informação com o número da ouvidoria, ele é bastante estimulado. Depois nós temos um jornal do município, que é o Diário Oficial, mas que tem uma farta publicação de matérias de coisas que a prefeitura fez etc.* (G.E.9).

Destaca-se, ainda, que o fato de ter uma unidade de ouvidoria do SUS próxima aos serviços de atendimento à população facilita e agiliza o atendimento ao usuário, o que classificaram como atendimento 'olho no olho'.

> *Agora a maior parte das demandas é pessoalmente e logo depois do evento que realmente causou o incômodo para o usuário. Por exemplo, chegaram à unidade e não foram atendidos. A unidade é próxima da ouvidoria. Eles já vêm imediatamente aqui.* (G.E.10).

O atendimento acolhedor e humanizado prestado pelo ouvidor a esse usuário estabelece vínculo e torna possível o registro e o encaminhamento da demanda, como relata o gestor:

> *[...] nem sempre esse acesso à ouvidoria gera uma demanda que chega a ser registrada e encaminhada à outra instância. Com a orientação que o usuário recebeu da ouvidoria, às vezes, realmente o usuário se sente orientado e não registra a demanda, coisa que realmente essa orientação podia ter sido feita pelo funcionário no setor de onde ele veio.* (G.E.8).

Na perspectiva da relação entre a humanização e a ouvidoria, Carvalho, Santana e Santana (2009) apresentam uma experiência de profissional do campo da psicologia na função de ouvidor hospitalar, com os desafios da ouvidoria de ser, ao mesmo tempo, um canal de comunicação entre usuários, profissionais e gestores, com características de mediação. Os autores reforçam, ainda, que as ouvidorias possuem um potencial para serem microestruturas de controle social, que possibilitam a participação direta e individual do cidadão.

Convém observar que, em um dos municípios visitados, a ouvidoria da saúde foi a primeira experiência de ouvidoria do município, antes mesmo da prefeitura implantar uma ouvidoria geral do município, representando, com isso, que o SUS avança nas estratégias de participação da comunidade na gestão dos serviços.

## Ouvidoria como mecanismo de participação social

A ouvidoria tem como finalidade possibilitar ao cidadão relacionar-se, diretamente, com o órgão ou a entidade pública para solicitar informações e apresentar sugestões, queixas, reclamações e denúncias relativas à prestação dos serviços públicos e/ou ao desempenho institucional, em geral (BRASIL, 2013B).

Ter a ouvidoria do SUS implantada em seu município, na opinião dos entrevistados, é a garantia de um canal de comunicação institucional entre a população e a gestão. Foi possível observar que os gestores entendem que a ouvidoria possibilita à gestão conhecer e reconhecer os problemas da comunidade e da prestação dos serviços de saúde.

> *A ouvidoria do SUS facilita a participação da comunidade na gestão das políticas públicas de saúde, cumprindo, assim, com o que preconiza a Constituição Federal. Auxilia a gestão na avaliação e monitoramento dos serviços prestados.* (G.E.1).

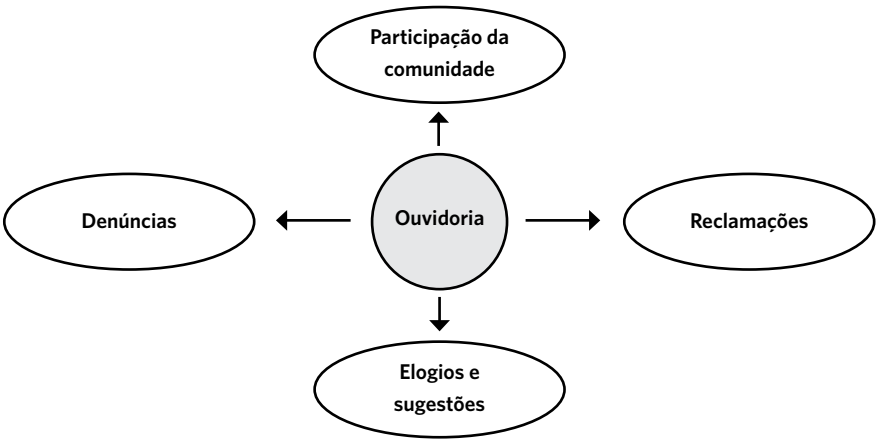
Desde a conquista da redemocratização do País, o debate sobre administração pública democrática e participativa vem ganhando força em todas as instâncias de gestão. Com isso, a discussão de ouvidoria como mecanismo de participação da comunidade se apoia muito no fato de que a participação cidadã é garantida pela Constituição Federal de 1988 e que, portanto, deve representar uma forma de compartilhar as decisões políticas e administrativas do Estado.

Neste sentido, a ouvidoria é um espaço que promove cidadania quando reconhece a demanda, sugestão, elogio ou denúncia do cidadão e entende que essa fala tem de ser acolhida e levada às instâncias necessárias. Para que isso seja possível, depende, sobretudo, do amadurecimento da consciência cidadã e, ainda, da vinculação do gestor aos ideais de Estado democrático e de transparência na gestão pública.

> *É uma ferramenta que deve atuar sem formulação de juízo de valor na interlocução com a sociedade para consolidação de uma gestão participativa. A ouvidoria contribui para a ampliação de cidadania, propiciar relacionamento democrático e participativo entre governo e sociedade, permitindo identificar necessidades e distorções no âmbito dos Serviços de Saúde, como, também, buscar soluções para as manifestações apresentadas.* (G.E.2).

Desvelaram-se, ainda, do discurso dos sujeitos pesquisados, sobre o papel da ouvidoria do SUS em seus municípios, as palavras que mais se repetiram nas entrevistas, conforme mostra o esquema abaixo.

Figura 2. Palavras mais repetidas por gestores municipais de saúde quando questionados sobre o papel da ouvidoria. Brasil, 2014




Fonte: Elaboração própria.

No discurso dos sujeitos, a participação social foi a palavra que teve maior repetição, como neste exemplo:

> *A ouvidoria, ela é como eu falei, ela serve como meio de comunicação e de participação social. Então, é através dela que a população consegue ter esse contato, fazer sua sugestão ou denúncia.* (G.E.1).

Assim, é trazido o papel das ouvidorias públicas, que, conforme expresso no 'Guia de orientações para gestão de ouvidorias', é o de intermediar as relações entre os cidadãos que as demandam e os órgãos ou entidades aos quais pertencem, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a formação de laços de confiança e colaboração mútua (BRASIL, 2013B).

Esse pressuposto pode ser identificado na fala dos gestores entrevistados, que entendem a ouvidoria como uma ferramenta que favorece a participação da comunidade na gestão do SUS, na medida em que permite ao usuário expressar sua opinião, sugestão ou mesmo indicar quais necessidades os serviços de saúde prestados não atendem.

> *Então, o papel da ouvidoria, ele vai servir mesmo como uma participação social, porque a gente também tem outras formas de participação e que a gente estimula, como os Conselhos populares, que nós temos em todas as regionais da cidade. A gente tem Conselhos populares de saúde.* (G.E.2).

A ouvidoria permite, na visão dos gestores, realizar uma avaliação da conduta do sistema de saúde, o que possibilita à gestão repensar suas estratégias e redefinir os caminhos a serem percorridos: *"Agora, uma ouvidoria, essa é a minha visão, ela só funciona se a gente der resposta às sociedades pelas demandas..."* (G.E.1).

Durante a caracterização do discurso do gestor a respeito do papel da ouvidoria, é possível perceber, também, que eles entendem a ouvidoria como mecanismo de participação social. Embora o gestor expresse em seu discurso a importância da ouvidoria como mecanismo de participação da comunidade, o mesmo volta-se, ainda, para o papel fiscalizador das ouvidorias.

É importante mencionar que apenas um dos gestores entrevistados reconheceu que,

para que a ouvidoria se legitime como mais um instrumento de participação, é preciso que ela atenda e/ou dê resposta ao usuário demandante, sendo essa premissa fundamental à ouvidoria em termos de atribuição de confiabilidade e legitimação à mesma.

A maior parte dos discursos identifica a ouvidoria como estratégia para ouvir as reclamações da comunidade sobre os serviços ofertados e como ferramenta de gestão, conforme é possível identificar no item a seguir.

## A ouvidoria como ferramenta de gestão

Para os gestores entrevistados, além de garantir a participação do cidadão na construção da política pública de saúde, a ouvidoria é considerada um instrumento de gestão, um espaço que garante avaliação das ações e serviços prestados à população.

Uma das questões feitas aos gestores foi a respeito de como as informações obtidas pela ouvidoria do SUS teriam auxiliado em sua gestão. Neste sentido, as respostas apontaram algumas das questões mais comuns que surgem para a ouvidoria, como as denúncias relacionadas à gestão de pessoas.

> *Demais, em todos os sentidos, em questão de Médico, em questão de Dentista, de Técnico de Enfermagem, dos trabalhadores da saúde, técnicos de vacina, a gente também, de vez em quando, tem problema dos ACS. Sempre precisamos... Já fizemos até remanejamento dentro da microárea de acesso, que não está dando certo. Em uma área, a gente faz o remanejamento para que o serviço melhore, tudo baseado nas denúncias feitas à ouvidoria.* (G.E.2).

Em muitos casos, as reclamações voltam-se aos ACS que não fizeram a visita ou ao atendente que não sabe fornecer a informação solicitada, à falta de médicos, à ausência de medicamentos básicos e até mesmo a um grande esquema de corrupção nas filas de marcação de consultas e procedimentos de alto custo.

> *[...] reclamação sobre os Agentes Comunitários de Saúde sobre a visita. Então, todos os meses, a gente tem reunião com eles e organiza toda a agenda de visitas. Como somos de um município muito pequeno, é mais fácil de receber esse retorno da comunidade.* (G.E.3).

> *[...] a demora de atendimento em uma determinada situação. Então, às vezes, a gente descobre que a demora se dá porque esqueceram de colocar disponível um estetoscópio.* (G.E.4).

> *[...] foi através disso que eu consegui detectar fura-fila aqui, por exemplo, através de situações, pela ouvidoria, de coisinhas que chegaram, a gente começou a entender como estava funcionando a central de marcação nossa, isso associado à ouvidoria itinerante que a gente fez – eu também ouvi lá isso, associado a conversas com outras pessoas aqui. A gente detectou que tinha influências externas à Secretaria de Saúde, sempre trazendo nomes para serem agendados, antecipados, na central de marcação.* (G.E.7).

Silva, Pedroso e Zucchi (2014), a partir do estudo de caso de uma ouvidoria municipal de saúde, no que se refere ao olhar de usuários e conselheiros de saúde, também trazem aspectos relacionados ao papel da ouvidoria na gestão do SUS. Na visão dos usuários, a ouvidoria teria como principais funções auxiliar na solução de problemas de saúde, além de ouvir e esclarecer sobre o funcionamento do SUS. Já os conselheiros deram destaque ao importante papel da ouvidoria na mediação entre conselho, gestão e população, enfatizando a informação como instrumento de poder e de acesso aos direitos dos usuários.

A ouvidoria, em si, recolhe as denúncias, reclamações, sugestões ou elogios e encaminha às instâncias responsáveis. Apesar de não ter sido explorado na pesquisa o aspecto da ouvidoria e seu poder de decisão na gestão pública, nesse sentido, a literatura mostra

que não é concedido à ouvidoria nenhum poder de decisão na gestão. Ela faz apenas recomendações à gestão.

Lyra (2004) explica que o êxito das experiências participativas no Brasil está associado à necessidade da população de instrumentos de gestão que garantam a transparência do Estado, diminuindo a corrupção e o desperdício dos recursos públicos e possibilitando aumento da moralidade e eficiência da administração pública. Baseados nessa possibilidade de ampliar os canais de participação cidadã e, ainda, de favorecer a gestão é que, segundo o autor, foi possível o avanço da implementação das ouvidorias por todo o País.

De acordo com a visão dos gestores, a ouvidoria do SUS é ferramenta de gestão à medida que publiciza os problemas de execução da política de saúde em dada localidade, a partir do olhar e da necessidade do usuário, e facilita a observação dos limites e das dificuldades de alcance de uma intervenção, quando verifica o grau de aceitação, realizando as pesquisas de opinião e através de demandas, sugestões, denúncias ou elogios que a ouvidoria do SUS acolhe.

> *Elas ajudam a mostrar os teus pontos frágeis. Essa fragilidade que você tem e que você pode ir consertando e tendo o conhecimento do que está ocorrendo.* (G.E.4).

Esse cenário possibilita, segundo os gestores, a avaliação e o monitoramento das ações e dos serviços prestados à população, entendendo que o processo de avaliação tem caráter permanente e funciona a partir da perspectiva do usuário do SUS, o que contribui para o aperfeiçoamento gradual e constante dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2009).

> *[...] fazendo escuta qualificada de problemas ou de possíveis problemas, passou a ser disparador de processos para atuar sobre problemas identificados. A ouvidoria foi e deve ser ferramenta de gestão importante.* (G.E.5).

A ouvidoria do SUS nos municípios exerce um papel de grande importância para a garantia da cidadania e, muito evidentemente, para a gestão dos serviços de saúde, que se propõe ser ética, democrática e participativa.

> *[...] a gestão da ética tem por objetivo estabelecer padrões éticos de conduta nas organizações de forma a não deixar dúvidas quanto à conduta esperada em situações específicas. Transita em um eixo bem definido, onde se encontram valores, regras de conduta e administração.* (SOARES, 2002, P. 9-10).

A partir dos achados da pesquisa, foi possível perceber que os entrevistados reconhecem, sim, a ouvidoria como ferramenta de gestão, sobretudo sua contribuição para a construção de um sistema de saúde que preze pela ética em sua prática de gestão. Tal aspecto denota avanços no objetivo de contribuir para uma gestão pública de qualidade e que valorize os mecanismos que favorecem a participação da comunidade, ainda que individualmente, na construção da política de saúde.

> Os gestores de saúde deverão utilizar os dados dos serviços de ouvidoria do SUS como ferramenta para o estabelecimento de estratégias da melhoria das ações e dos serviços de saúde prestados pelo SUS. (BRASIL, 2014A).

Nesse aspecto, os gestores entrevistados estão em concordância com o que determina a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.416, de 7 de novembro de 2014, que dispõe sobre as diretrizes para a organização e o funcionamento dos serviços de ouvidoria do SUS e suas atribuições (BRASIL, 2014A).

> *[...] uma vez por mês, a cada final de mês, a gente sai recolhendo os nossos questionários das urnas e a gente faz um levantamento de cada PSF* [Programa Saúde da Família], *o que está dando certo, o que não está dando certo. Reúne com a equipe, mostra o que realmente a população está reclamando, se foi de um atendimento, vamos*

> *dizer, de um profissional. A gente tenta conversar com ele a primeira vez, a segunda, a terceira... Não deu certo, a gente tem que mudar de setor, porque alguma coisa não está dando certo.* (G.E.6).

A ouvidoria se consolida como ferramenta de gestão à medida que as informações recolhidas, identificadas e tipificadas (grau de relevância, urgência e tipo de demanda) pela ouvidoria são repassadas ao gestor, e este, sensível à necessidade de ouvir o usuário do serviço, dispõe-se, junto à sua equipe, a analisar e dar seguimento à demanda. Conforme relata o G.E.6, é possível realizar uma avaliação da condução dos processos de gestão do SUS e, com isso, possibilitar a resposta ao usuário, seja fornecendo a informação que ele busca ou mesmo reorganizando os serviços que não atendem às reais demandas da população.

## Considerações finais

São atribuições principais de uma ouvidoria do SUS: sugerir a mudança na gestão, a avaliação e a reavaliação dos serviços prestados à população, favorecer o acesso do usuário à administração pública e promover a democracia participativa no SUS.

A pesquisa demonstrou que os gestores entrevistados têm a ouvidoria em saúde como um mecanismo de participação da comunidade, fato que nos permite concluir que, na percepção dos gestores entrevistados, a ouvidoria é uma instância promotora de cidadania. Neste sentido, compreende-se participação da comunidade também como a participação individual do usuário, sendo ele representante de sua própria fala.

Conceber a ouvidoria como um mecanismo de participação da comunidade é fazer dela um instrumento de gestão. Levando em conta a administração burocrática do Estado, é um ato de ousadia, coragem, vontade política e, sobretudo, trata-se da expressão de valores éticos firmes e comprometidos com a gestão do SUS.

A ouvidoria apresentada pelo gestor municipal de saúde aqui neste trabalho, por mais que seja mecanismo de participação da comunidade e instrumento de gestão, ainda se apresenta de maneira tímida ao usuário, sendo necessário ampliar os canais de acesso às ouvidorias para possibilitar que mais usuários tenham a possibilidade de contribuir para a gestão dos serviços de saúde.

Outro desafio para a ouvidoria consiste na efetivação de uma ouvidoria ativa que vá em busca do usuário para identificar suas necessidades, identificar no território quais são os problemas de implementação da política de saúde, para, com isso, favorecer o acesso do usuário aos serviços da ouvidoria, aquele 'olho no olho', momento em que o ouvidor tem contato direto com o usuário e pode realizar a escuta em uma perspectiva de humanização. Essa observação se faz necessária, uma vez que apenas 2, das 10 ouvidorias visitadas, realizavam alguma estratégia de ouvidoria ativa. As demais ainda estão restritas às funções mais tradicionais de uma ouvidoria receptiva.

É preciso ressaltar que o estudo foi realizado considerando-se os limites observados em campo, como a ausência de comparação dos discursos dos gestores com a fala da comunidade, bem como das ouvidorias dos municípios a respeito do objeto explicitado: ouvidoria como mecanismo de participação e ferramenta de gestão.

Além disso, ao longo do trabalho, foi possível observar a escassez de literatura que trate sobre a ouvidoria como ferramenta de gestão na prática. Faltam informações e existem poucas metodologias que avaliem a efetividade das ações da ouvidoria do SUS.

Propõe-se, assim, que este trabalho possa ter continuidade, para que seja possível avançar nas discussões do uso da ouvidoria como ferramenta de gestão, a fim de identificar como, na prática, isso ocorre, propondo o compartilhamento de estratégias de qualificação do trabalho das ouvidorias. ■

## Referências


BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.asp>. Acesso em: 11 ago. 2016.

_____. Controladoria-Geral da União. Ouvidoria-Geral da União. *Orientações para implantação da lei de acesso à informação nas Ouvidorias Públicas:* rumo ao sistema participativo. 5 ed. Brasília, DF: Controladoria-Geral da União, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.416, de 7 de novembro de 2014. Estabelece diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atribuições. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 7 nov. 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2416_07_11_2014.html>. Acesso em: 11 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS*. 2013a. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/assuntos/ouvidoria/produtos-e-servicos/consulta-publica/arquivos/produto_5_gestao_de_ouvidorias.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS:* ParticipaSUS. 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. *Manual das Ouvidorias do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_ouvidoria_sus.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. *Ouvidoria Ativa do SUS:* ampliando a escuta e o acesso à informação do cidadão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/14/compendio-ouvidoria-ativa.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2016.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Ouvidoria-Geral da União. *Guia de orientações para Gestão de Ouvidorias*. 2013b. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/assuntos/ouvidoria/produtos-e-servicos/consulta-publica/arquivos/produto_5_gestao_de_ouvidorias.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2016.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 9 jun. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4726.htm>. Acesso em: 11 ago. 2016.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 11 ago. 2016.

CARVALHO, D. B.; SANTANA, J. M.; SANTANA, V. M. Humanização e controle social: o psicólogo como ouvidor hospitalar. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, DF, v. 29, n. 1, p. 172-183, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2015.

LYRA, R. P. (Org.). *Autônomas x Obedientes:* a Ouvidoria Pública em debate. João Pessoa: UFPB, 2004.

OMBUDSMAN SASKATCHEWAN. *The History of the Ombudsman.* Disponível em: <https://www.ombudsman.sk.ca/info/the-history-of-the-ombudsman>. Acesso em: 9 jun. 2015.

ORLANDI, E. P. *Análise de Discurso:* princípios e procedimentos. Campinas: Pontes, 1999.

PEIXOTO, S. F.; MARSIGLIA, R. M. G.; MORRONE, L. C. Atribuições de uma ouvidoria: opinião de usuários e funcionários. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 785-794, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010429020130003 00012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2016.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Atlas do Desenvolvimento Humano.* Disponível em: <http://www.pnud.org.br/IDH/Default.aspx?indiceAccordion=1&li=li_AtlasMunicipios>. Acesso em: 10 jun. 2015.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010304201300010 0016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2016.

SILVA, R. C. C.; PEDROSO, M. C.; ZUCCHI, P. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. *Rev. Saúde Pública,* São Paulo, v. 48, n. 1, p. 134-141, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100134&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jul. 2015.

SOARES, M. S. B. Ética como instrumento de gestão. In: ENCONTRO DE REPRESENTANTES SETORIAIS DA COMISSÃO DE ÉTICA PÚBLICA, 2, 2002, Brasília, DF. *Anais...* Brasília, DF: ESAF, 2002.

Recebido para publicação em novembro de 2015
Versão final em agosto de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

# O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores

## *The Support Center for Family Health in Goiania (GO): perceptions of professionals and managers*

Jéssica Félix Nicácio Martinez[1], Maria Sebastiana Silva[2], Ana Márcia Silva[3]

**RESUMO** O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foi criado em 2008 para fortalecer a Atenção Básica no Brasil. Em Goiânia (GO), foi implantado cinco equipes em uma região do município. O objetivo do estudo foi analisar o processo de implantação do Nasf em Goiânia a partir das percepções dos seus profissionais e gestores. Realizaram-se entrevistas, e os dados foram analisados a partir da técnica de análise temática. Conclui-se que o apoio matricial, a contratação de profissionais efetivos e a realização do processo formativo trouxeram avanços para o Nasf em Goiânia, embora com desafios frente às condições de trabalho e às resistências das Equipes de Saúde da Família.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde pública. Saúde da família. Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT** *The Support Center for Family Health (Nasf) was created in 2008 to strengthen Primary Health Care in Brazil. In Goiania (GO), it was implanted five teams in a municipal area. The aim of the study was to analyze the deployment process of the Nasf in Goiania from the perceptions of its employees and managers. Interviews were conducted, and the data were analyzed from the technique of thematic analysis. If conclude that the matrix support, the recruitment of effective professionals and the accomplishment of the educational process brought advances to the Nasf in Goiania, although with challenges due to working conditions and the Family Health Teams' resistances.*

**KEYWORDS** *Public health. Family health. Primary Health Care.*

[1] Universidade Federal de Goiás (UFG), Faculdade de Educação Física e Dança – Goiânia (GO), Brasil.
*jessicafelix01@yahoo.com.br*

[2] Universidade Federal de Goiás (UFG), Faculdade de Educação Física e Dança e Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Goiânia (GO), Brasil.
*maria2593857@hotmail.com*

[3] Universidade Federal de Goiás (UFG), Faculdade de Educação Física e Dança – Goiânia (GO), Brasil.
*amarciasi@gmail.com*

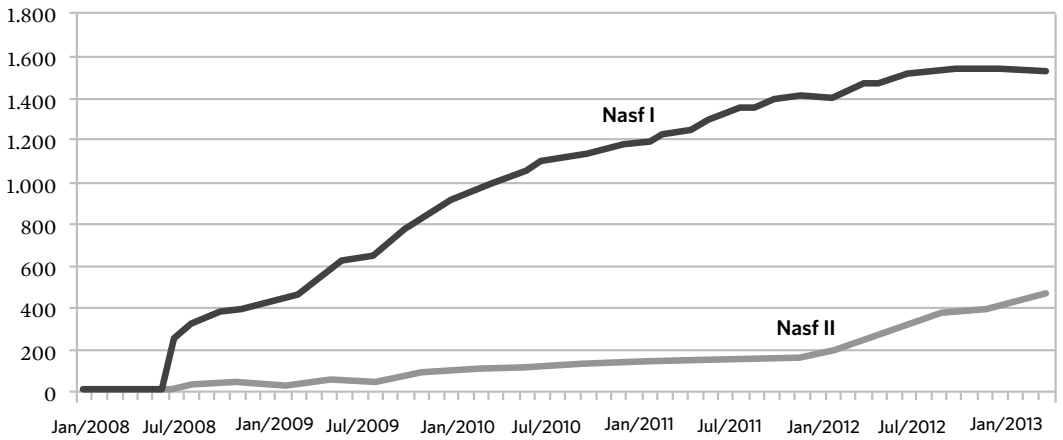
## Introdução

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs) foram criados por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 pelo Ministério da Saúde. Tal política busca revisar de forma integrada e sistemática a prática de encaminhamento, redefinindo os papéis de referência e contrarreferência, em um processo de acompanhamento longitudinal e de plena integralidade do cuidado dos usuários, reforçando os atributos da Atenção Básica (AB) e o seu papel de coordenação do cuidado (BRASIL, 2008).

Os Nasfs podem ser constituídos por profissionais de diferentes campos do conhecimento, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e/ou Equipes de Atenção Básica (EqAB) para populações específicas, tais como as ribeirinhas, as fluviais ou que são atendidas em consultórios na rua (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009). Há três modalidades de Nasfs (1, 2 e 3), que diferem quanto à carga horária de trabalho e ao número de equipes ESF/EqAB que apoiam (BRASIL, 2012).

De acordo com dados de 2013, publicados pela Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (DAB/SAS/MS), foram implantados 1.987 Nasfs no País, sendo 1.527 do tipo 1 e 460 do tipo 2, conforme *gráfico 1*.

Gráfico 1. Implantação dos Nasfs no Brasil no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2013




Fonte: Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (BRASIL, 2013).

Embora se identifique um crescimento no número de Nasfs no País, a implantação dessa política ainda constitui-se em grande desafio. A proposta de trabalho fundada na corresponsabilização do cuidado e no planejamento coletivo de projetos terapêuticos contrasta com a realidade da maioria das equipes de ESF. Esse distanciamento vem provocando resistências para o desenvolvimento do trabalho conjunto entre profissionais do Nasf e das equipes de ESF, conforme apontam Menezes (2011), Andrade (2012), Azevedo (2012), Mafra (2012) e Santos (2012).

Na realidade de Goiânia, a implantação do Nasf aconteceu em 2008, envolvendo diversos profissionais e departamentos do serviço público de saúde do município. Com efeito, Goiânia implantou a modalidade Nasf Tipo 1, a qual se caracteriza pela composição de no mínimo cinco especialidades profissionais (BRASIL, 2008). A Secretaria Municipal de Saúde optou por realizar a implantação do Nasf de forma gradual, com apenas cinco equipes na região Noroeste da cidade (GOIÂNIA, 2009), aguardando que a proposta fosse se consolidando não apenas no município, mas também em nível nacional para fazer novas ampliações. Assim, este trabalho tem como objetivo analisar o processo de implantação do Nasf em Goiânia (GO) a partir das percepções dos seus profissionais e gestores.

## Métodos

A investigação caracterizou-se como de campo e exploratória. Adotou-se, também, as elaborações de Minayo (2010) sobre os critérios para seleção da amostragem na pesquisa social em saúde, considerando a expressão da totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo.

A pesquisa[1] foi realizada na cidade de Goiânia (GO), na região Noroeste, especificamente, no local onde foram alocados os trabalhadores do Nasf. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada com oito profissionais do Nasf e três gestores (coordenador do Nasf, um representante do Distrito Sanitário Noroeste e outro da Coordenação da Estratégia Saúde da Família de Goiânia). Os profissionais do Nasf foram selecionados buscando contemplar a representação de um profissional por categoria e por equipe Nasf.

Para análise do material coletado, foi utilizada a técnica de Análise Temática, organizada em três momentos: i) Pré-análise: nessa fase, seleciona-se o material a ser analisado, estabelecendo um contato exaustivo com seu conteúdo; considerando as normas de validade qualitativa (exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência); e buscando responder às indagações iniciais. Essa fase pode ser dividida em leitura flutuante, a constituição do corpus ou da totalidade do material estudado e a (re)formulação de hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Foi nesse momento pré-analítico que definiram-se as unidades de registro e suas respectivas unidades de contexto a partir dos seguintes núcleos de sentido provisórios: 'as condições de trabalho e as relações político-administrativas do Nasf'; 'as contradições do trabalho do Nasf e das equipes de ESF'; e 'interdisciplinaridade como negação das especialidades profissionais'; ii) Exploração do material: nessa fase, ocorre a operação de codificação propriamente dita, na qual buscou-se 'reduzir' o material analisado às suas expressões significativas. As unidades de registro e contexto foram recortadas do material para, em seguida, poderem ser visualizadas com mais clareza em sua repetição e seu significado. No final, foi realizado um processo de classificação elencando as categorias empíricas e/ou teóricas advindas da análise; iii) Tratamento e interpretação dos resultados obtidos: buscou-se compreender o significado das informações obtidas por meio da presença ou frequência de núcleos de sentido. Retornou-se às questões e aos objetivos da pesquisa em um processo dialético de (re)construção do material empírico coletado, com novas mediações (MINAYO, 2010). No processo final de análise, os principais núcleos de sentido localizaram-se nas 'condições de trabalho e gestão dos serviços de saúde', na 'proposta de trabalho do Nasf' e na 'construção interdisciplinar do processo saúde-doença'. Para este artigo, enfatizam-se as análises que decorreram das condições de trabalho e da relação de trabalho do Nasf com as equipes de ESF.

[1] A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, sob o parecer número 130/09.

# Resultados e discussões

## A política de saúde de Goiânia: um olhar a partir da ESF

Goiânia construiu sua política de saúde de forma tardia em relação a outros municípios brasileiros, dando impulso ao reconhecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) apenas em 1998, com a criação da Secretaria Municipal de Saúde, sendo a penúltima capital brasileira a implantar o processo de municipalização da saúde (SILVA, 2008).

Esse processo foi permeado por conflitos entre os governos do estado e do município, de acordo com o autor citado acima, cristalizados por manobras tradicionais de clientelismo e coronelismo, indicando a pertinência da análise de Bourdieu (1996, 2009) e sua noção de campo como espaço relativamente autônomo, um mundo social com regras próprias, porém, permeável às influências de outros campos sociais e suas forças objetivas e formas de ação de suas autoridades. Os campos constituem a sociedade e podem ser compreendidos como

> [...] microcosmos ou espaços de relações objetivas, que possuem uma lógica própria, não reproduzida e irredutível à lógica que rege outros campos. O campo é tanto um 'campo de forças', uma estrutura que constrange os agentes nele envolvidos, quanto um 'campo de lutas', em que os agentes atuam conforme suas posições relativas no campo de forças, conservando ou transformando a sua estrutura. (BOURDIEU, 1996, P. 50).

Observa-se, assim, que o trabalho em saúde, que caracteriza uma importante faceta desse campo, não se constitui de forma independente de outros campos de força como se identificou no contexto da cidade em estudo, o que pode ter ocorrido em outros contextos.

Segundo pesquisa do Ministério da Saúde, realizada com gestores municipais de dez centros urbanos do País, o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado em Goiânia em outubro de 1998, de forma gradual, em apenas um bairro, com sete Equipes de Saúde da Família (EqSFs) no primeiro ano e com perspectivas de chegar à implantação de 69 equipes nos dois anos subsequentes. Os motivos relatados pelos gestores para a implantação desse programa no município foram a expansão da cobertura para áreas de difícil acesso, com risco epidemiológico e elevada mortalidade infantil, assim como o fato de o PSF constituir-se como um novo modelo assistencial. Todavia, não se pretendia uma reorganização ampliada no sistema municipal de saúde no sentido de integrar a AB à rede assistencial (BRASIL, 2005).

> Em Goiânia, o PSF foi implantado desvinculado da rede básica e foi concebido, inicialmente, como programa centrado na realização de atividades educativas individuais, com a criação de ESF [Equipes de Saúde da Família] volantes, fazendo visitas domiciliares de casa em casa, tendo, por vezes, apenas espaços comunitários como ponto de apoio ou uma sala em unidade de saúde tradicional. Em 2001, iniciava-se processo de articulação do programa com a rede assistencial e os novos gestores municipais compreendiam o PSF como estratégia para reorganizar a rede assistencial. Fora iniciada discussão interna para mudança do PSF, pretendendo-se um modelo que articulasse ações de promoção, prevenção e assistência individual. (BRASIL, 2005, P. 80).

Em 2001, existiam 75 EqSF, com número médio de 1.333 famílias por equipe e com percentual de cobertura populacional de 30%, distribuídas em 24 unidades de saúde. No processo de implantação, apenas uma unidade foi construída e sete EqSFs foram alocadas em unidades básicas tradicionais. Nesse cenário, apenas uma unidade básica foi convertida em saúde da família, e 15

unidades se configuravam como 'minipostos', situados em imóveis alugados/cedidos. Era frequente, na condição da maioria das EqSFs, a insuficiência de espaço para realização de atividades em grupo e o revezamento de profissionais dentro e fora da unidade em razão da pequena quantidade de consultórios (BRASIL, 2005).

Atualmente, a organização do serviço público de saúde do município de Goiânia ocorre por meio de sete Distritos Sanitários e 186 EqSF, distribuídas em 63 unidades de saúde, com cobertura de, aproximadamente, 40% da população (GOIÂNIA, 2015).

Segundo estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em 2000, Goiânia destinava à área da saúde 4,5% do conjunto das despesas do município, recebendo recursos federais na ordem de 83,6% do total investido na área. Essa realidade foi identificada em outros centros urbanos estudados, os quais apresentavam gastos com saúde muito aquém do estipulado pela Emenda Constitucional 29, ou seja, de 15% no mínimo. Portanto, há predominância das transferências federais, com baixíssimas participações de recursos próprios dos municípios e praticamente nula participação das secretarias estaduais (BRASIL, 2005).

De 2000 a 2012, houve um aumento de cinco vezes nos gastos relativos à saúde no município, elevando-os para 24%. De acordo com Elias Rassi Neto (2012), houve ampliação na ordem de R$ 657 milhões, em 2010, R$ 760 milhões, em 2011 e R$ 900 milhões, em 2012. O então secretário de saúde, na época da coleta de dados da pesquisa, também salientou a realização de dois concursos públicos, os quais ampliaram, significativamente, o quantitativo de trabalhadores, de 5.594, em janeiro de 2006, para 10.715, no início de 2012.

## As condições de trabalho do Nasf em Goiânia

A aprovação do projeto de criação do Nasf em Goiânia ocorreu em 2009, porém, o processo seletivo e o curso de formação dos profissionais selecionados aconteceram apenas em 2010. O trabalho propriamente dito do Nasf no território iniciou-se em junho de 2011, na região Noroeste de Goiânia, a qual foi escolhida por sua vulnerabilidade social, pela cobertura de, aproximadamente, 100% de ESF e pela sua tradição no acolhimento de experiências-piloto. Na ocasião, o Nasf era composto por 16 profissionais (incluindo a coordenação), distribuídos em quatro equipes.

A organização do Nasf em Goiânia baseou-se em uma experiência-piloto com matriciamento em saúde mental na região Noroeste, sendo as primeiras ações desse tipo na AB em Goiânia, a qual ocorreu entre os anos de 2007 e 2009, segundo relato de um dos gestores entrevistados. A partir do acúmulo de experiências nesse projeto, um dos profissionais participantes tornou-se apoiador, contribuindo nas reflexões sobre as possibilidades de matriciamento do Nasf e no acompanhamento das ações e do trabalho coletivo junto aos seus trabalhadores. A coordenadora do Nasf e uma psicóloga, que participaram da experiência-piloto citada, também eram profissionais do Núcleo. Essa experiência parece ter tido influência importante na forma como as equipes iniciaram o trabalho na região, no quantitativo de profissionais dessa área e nas ações em torno da saúde mental, que se tornaram centrais no trabalho desenvolvido. A influência da equipe de saúde mental na implantação do Nasf e no fortalecimento da lógica do apoio matricial também foi identificada na pesquisa de Patrocínio, Machado e Fausto (2015), em um município fluminense. Esse parece ser o caso em que um núcleo de saberes e práticas assume o protagonismo dentro de um campo de atuação (CAMPOS, 2000), o que pode ter ocorrido seja por sua primazia histórica, por competência de seus profissionais ou por interferência do campo político no âmbito da saúde.

Experiência semelhante foi relata por Souza (2013), que ressaltou a importância da presença de apoiadores matriciais no

processo de implantação do Nasf no município de Sobral (CE), não só para reflexão sobre o trabalho, mas, também, na mediação do Nasf com as equipes de ESF. Em outras investigações, a falta dessa mediação foi lembrada como um aspecto negativo, como, por exemplo, no Nasf de Olinda (PE), onde os profissionais não conheciam a proposta de apoio matricial (MENEZES, 2011), assim como no de Piraí (RJ), devido às dificuldades dos trabalhadores no domínio do matriciamento (MAFRA, 2012).

No trabalho do Nasf, o apoio matricial é considerado central e se complementa com as 'equipes de referência', nesse caso, representadas pelas EqSFs (BRASIL, 2009). Nesse sentido, "equipes de referência representam um tipo de arranjo que busca mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações [...]" (BRASIL, 2009, P. 11). O termo 'matricial' busca operar uma mudança na relação entre o especialista e o profissional de referência, estimulando processos horizontais e superando hierarquizações da administração clássica presentes nos sistemas de saúde. O termo 'apoio' refere-se à relação entre os profissionais com saberes, valores e papéis diferentes, sugerindo um processo 'dialógico' e compartilhado (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Na construção desse trabalho coletivo, os conceitos de campo e de núcleo constituem-se como fundamentais. Para Campos (2000), núcleo se refere à demarcação da identidade de uma área de saber e de prática profissional, mantendo certa abertura e flexibilidade com o campo, o qual é compreendido como um espaço com limites indefinidos onde as disciplinas buscariam apoio umas nas outras. "Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto" (CAMPOS, 2000, P. 221). Contudo, é preciso considerar que o apoio matricial é um arranjo relativamente novo e ainda carece de ser melhor compreendido, disseminado, incorporado e avaliado no trabalho em saúde. Por isso a importância de garantir um apoiador matricial e um acompanhamento mais próximo e dialogado da gestão no processo de implantação dos Nasfs no País.

Um dos elementos importantes que impactou as condições de trabalho do Nasf de Goiânia foi o tempo de duração de, aproximadamente, um ano do processo formativo dos seus profissionais. Esse período não foi planejado pela Coordenação de Estratégia Saúde da Família (Coesf) e ocorreu porque não havia verba de custeio para o Nasf. Além disso, os profissionais selecionados não poderiam sair dos seus locais de trabalho de origem sem que acontecessem novos concursos ou processos de remanejamento.

Os profissionais do Nasf relataram que houve avanços na organização do trabalho propiciados pelo longo período de formação dos trabalhadores, mas, também, momentos de muitas expectativas e angústias pela indefinição do início das atividades. Com efeito, também houve desistências de profissionais pela falta de afinidade com a proposta de trabalho do Nasf, em especial, dos médicos, que questionaram a prioridade no apoio às equipes de ESF em detrimento ao atendimento clínico diretamente à população (PROFISSIONAL DO NASF, MEDICINA, 16/5/2012).

Ainda, a precária condição inicial, caracterizada pela falta de profissionais e pelas equipes incompletas, fez com que fosse necessário um aumento do número de equipes de ESF por equipe Nasf para manter a cobertura de 100% em todo território da região Noroeste. Essa forma de distribuição dos profissionais do Nasf foi retratada por um dos gestores:

> *Então, o que a gente precisou fazer foi redistribuir o número de equipes pela quantidade de equipes de Nasfs. Então, os Nasfs têm mais equipes de referência* [de saúde da família]*, em torno de 13 a 15, o que não é uma quantidade que permite um matriciamento adequado. Mas preferimos*

*manter a cobertura completa e não deixar nenhuma equipe sem referência de Nasf, do que fazer essa seleção dentro do próprio Noroeste e ficar restrito a uma parte.* (PROFISSIONAL DA GESTÃO DA COORDENAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, 8/3/2012).

Em outros estados do País, como é o caso de Santa Catarina, os profissionais do Nasf e da ESF relataram dificuldades no trabalho diante do amplo território adscrito (ANDRADE *ET AL.*, 2012). Esse elemento também foi apontado pelas equipes de ESF da região Noroeste de Goiânia, segundo informações dos profissionais do Nasf. Na contramão desse processo, em Belo Horizonte/MG, a diminuição da relação entre equipes de ESF e o apoio de equipes Nasf converteu-se em qualificação do trabalho (AZEVEDO, 2012).

A relação entre quantidade de equipes de ESF por equipes de Nasf foi alvo de críticas desde a criação da política, em 2008, onde se previa uma equipe para apoiar, no mínimo, 8 e, no máximo, 20 equipes de ESF. Provavelmente fruto desse questionamento, em 2011, essa relação foi reduzida para o apoio de 5 a 9 equipes de ESF (BRASIL, 2012).

No Nasf, em Goiânia, a garantia de contratação de profissionais efetivos foi central e acompanhou a implantação da política. Para os gestores e trabalhadores, foi importante garantir o vínculo dos profissionais por concurso público, o qual, entre outros elementos, possibilitou a diminuição da rotatividade dos profissionais, além de salários atrativos e demais vantagens. Não obstante, a seleção foi 'interna', trazendo para o Nasf trabalhadores com experiência no território e em outros serviços de saúde do município.

Parece-nos importante ressaltar que a contratação de profissionais por concurso público não parece ser frequente na realidade da maioria dos municípios. Casos como nas cidades cearenses de Crato, Fortaleza e Sobral, a contratação dos profissionais do Nasf se deu de maneira temporária, o que gerou alta rotatividade dos trabalhadores em razão do vínculo precário ou do término do contrato (SOUZA, 2013). Os baixos salários, inferiores aos de trabalhadores das equipes de ESF, e a forma de contratação dos profissionais do Nasf também dificultaram o processo de implantação dessa política em um município fluminense (PATROCÍNIO; MACHADO; FAUSTO, 2015).

Desde a inserção do Nasf no território, os trabalhadores enfrentam a falta de materiais e de profissionais. Essas condições foram reiteradamente apontadas pelos profissionais de Goiânia (GO), tanto pelos trabalhadores quanto pelos gestores, como uma das principais dificuldades na organização do trabalho do Nasf. Alguns profissionais detalham a condição de trabalho do Nasf:

*Antes de a gente vir para o território, já existiam processos abertos com relação à condição do trabalho, computador que a gente identificava que era necessário, carros e outras coisas mais. A gente acabou iniciando o trabalho com carros cedidos pelo Distrito, depois a gente não tinha o carro e não tinha motorista. Então, motoristas foram cedidos pelo Distrito e hoje são de fato motoristas do Nasf [...] A gente só usa computadores pessoais, porque a gente tem construído uma dinâmica de trabalho que exige internet, computador. E a gente acaba que vai tendo que pagar para trabalhar.* (PROFISSIONAL DO NASF, EDUCAÇÃO FÍSICA (1), 14/5/2012).

*E o que eu acho que a gente tem que melhorar lá é a questão da estrutura física, dos recursos [...] não é muito diferente da secretaria, né? Então, falta muito recurso básico, como computador, internet, uma impressora, essas coisas assim mesmo.* (PROFISSIONAL DA GESTÃO DISTRITAL DO NASF (2), 14/8/2012).

Para dois gestores, a falta de condição estrutural, material e de profissionais representa uma dificuldade na implantação, a qual gera insegurança nos profissionais quanto à continuidade e até à existência do Nasf no

município. Em praticamente todas as investigações identificadas sobre a implantação do Nasf no País, encontraram-se indicativos de problemas relacionados à estrutura física das unidades de saúde, ao transporte para os profissionais e à falta de materiais, especialmente para as atividades de grupo e de educação permanente. Elementos que apontam para uma condição estrutural de precariedade generalizada dos serviços públicos de saúde, que pode ser intensificada com a implantação do Nasf. Nesse caso, o Nasf pode, também, tornar-se um serviço substitutivo à falta de equipes de ESF, o que distorce e fragiliza a proposta de fortalecimento e qualificação da saúde da família como uma estratégia de AB no Brasil.

## As equipes da ESF e a proposta de trabalho do Nasf

Um dos principais desafios para os profissionais do Nasf foi a resistência das equipes de ESF com relação à proposta de trabalho. Os dados de campo indicam as expectativas dos trabalhadores da ESF, segundo as percepções dos profissionais do Nasf:

> *Exatamente, nesse primeiro momento, já ficou bem evidente qual era a expectativa deles [...] quando a gente falou que não seria a questão de assumir usuários, que seria uma pactuação ou um cuidado que seria compartilhado e tudo mais. Então, eu acho que pode ter criado um pouco desse pensamento: 'se o psicólogo não vai atender o paciente que a gente mandar para ele, então o que eles estão fazendo aqui?'. Eu acho que isso contribuiu um pouco para essa resistência de algumas equipes.* (PROFISSIONAL DO NASF, FARMÁCIA, 1/6/2012).

> *[...] porque não são todas as equipes que aceitam o Nasf da forma que ele se propõe, que é o apoio matricial. Esperam de outra forma, que é a lógica do encaminhamento.* (PROFISSIONAL DO NASF, NUTRIÇÃO, 8/5/2012).

Em outros municípios, a política de implantação do Nasf ocorreu de forma semelhante à de Goiânia. No processo de implantação no município de Fortaleza (CE), também se identificaram resistências e pouca integração entre os profissionais da ESF e do Nasf (SANTOS, 2012). De acordo com a autora, essa condição foi reforçada pela lógica do encaminhamento dos casos para os profissionais do Nasf. Além do estudo realizado em Fortaleza (CE), nas investigações realizadas em Santa Catarina (ANDRADE *ET AL.*, 2012) e em Piraí (RJ) (MAFRA, 2012), também foram encontradas dificuldades no entendimento da proposta de trabalho. Na implantação em Belo Horizonte (MG), o Nasf foi compreendido como demanda (AZEVEDO, 2012). Em Olinda (PE), as resistências dos profissionais da ESF ocorreram porque eles se sentiam 'vigiados' pelos trabalhadores do Nasf (MENEZES, 2011).

Destaca-se que a reação de negação de algumas equipes de ESF à proposta de trabalho do Nasf se repetiu em vários municípios brasileiros. Embora seja importante a inserção de outros profissionais na AB, a proposta do Nasf vem acirrando as contradições da realidade de trabalho. Os profissionais do Nasf, além de não priorizarem o atendimento de demandas mais urgentes de encaminhamento de usuários, especialmente para a média complexidade, exigem da rotina de trabalho da ESF mudanças nas concepções dos trabalhadores que, de maneira geral, produzam impactos no modelo assistencial curativo, centralizador e biomédico. Essas dificuldades, em parte, estão vinculadas ao histórico distanciamento da formação profissional das necessidades e da realidade dos serviços de saúde, especialmente, da AB (ANJOS *ET AL.*, 2013), que parece estar se explicitando com a implantação dos Nasfs no País. Embora também seja preciso reconhecer que algumas ações[2] vêm sendo realizadas pelo Ministério da Saúde para induzir mudanças nesse quadro, com impactos ainda tímidos na realidade de trabalho.

[2] São os casos, por exemplo, das ações da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Segets) na criação e avaliação de projetos como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde). Além de outras propostas de formação pós-graduada, como as especializações em diferentes temas estratégicos da saúde pública, Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, mestrados profissionais, entre outras.

Pode-se, também, compreender esses conflitos situacionais entre os profissionais provenientes, cada um deles, de diferentes núcleos profissionais com seus interesses científicos e políticos, assim como as relações de poder que se estabelecem entre eles (BOURDIEU, 2003). Os conflitos identificados nesta e em outras pesquisas podem, ainda, ser compreendidos como desdobramentos das dificuldades de uma passagem da disciplinaridade própria de cada profissão para a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade, exigidas pelo apoio matricial e pelo trabalho em saúde (CAMPOS, 2006).

Na pesquisa de Souza (2013), nos municípios cearenses de Crato, Fortaleza e Sobral, observou-se que os principais profissionais que trabalhavam com as equipes de Nasf eram os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Para a pesquisadora, além das práticas profissionais das equipes de ESF serem, de maneira geral, restritas aos trabalhadores de nível superior, elas são centradas em ações clínicas e individuais, assim como no atendimento da excessiva demanda de usuários, que dificultam o trabalho conjunto com os profissionais do Nasf. Esse contexto é propício para o estreitamento da relação entre os ACS e os trabalhadores do Nasf, porque os ACS conhecem as necessidades de apoio do território e também carecem de profissionais que atendam a essa demanda, especialmente em situações que exigem visitas domiciliares e em casos complexos.

Em um dos municípios estudados por Souza (2013), a falta de compreensão dos profissionais da ESF sobre o papel do Nasf fez emergir nomeações pejorativas como "Núcleo que não fazia nada" ou de "N.A.S.F: não se faz" (SOUZA, 2013, P. 79). Fato semelhante também foi identificado pelos trabalhadores do Nasf em Goiânia. Eles relataram que, em algumas equipes de ESF, quando alguém se posiciona sobre uma situação a partir de reflexões e problematizações, é interpelado como se estivesse 'nasfiando'.

Frente a esses dados, questiona-se se os profissionais da ESF não compreendem a proposta de trabalho do Nasf ou se se sentem limitados para realizar tais mudanças diante de uma realidade de trabalho que lhes impõe outras demandas mais urgentes. Sobre esse tema, Souza (2013, P. 131) argumenta: "as limitações colocadas são fruto do desconhecimento ou da não aceitação apresentada como desconhecimento?", já que, na maioria das vezes, a política Nasf é imposta, não sendo os profissionais inseridos no processo de implantação. Para Patrocínio, Machado e Fausto (2015), essa dificuldade poder ser considerada como um 'falso dilema', já que o apoio matricial não exclui o atendimento individual, embora ele deva ser coordenado de forma pactuada e conjunta com as equipes de ESF.

De maneira mais ampla, esse conflito também revela as disputas e os interesses que permeiam o trabalho nas unidades de saúde, isto é, em realizar um trabalho compartilhado ou o atendimento clínico e especializado da demanda (VOLPONI; GARANHANI; CARVALHO, 2015). É certo que as mudanças no sistema de saúde brasileiro são necessárias, contudo, essas não ocorrerão apenas pela vontade dos sujeitos, já que os atores sociais se posicionam a partir de projetos societários em disputa e reproduzem como sujeitos sociais as desigualdades que os constituem e que determinam suas consciências sobre o mundo e também sobre suas concepções a respeito do SUS (VIEIRA *ET AL.*, 2006).

Apesar das dificuldades relatadas, também foi possível identificar falas de avanço no trabalho do Nasf junto às equipes de ESF e à população na região. Alguns trechos de entrevista abordam esses elementos:

> *Nós já notamos, apesar de ter equipes que ainda têm essa dificuldade de entendimento, que tiveram grandes avanços com algumas delas, principalmente unidades inteiras que, às vezes, ainda estavam desestruturadas, que a gente está auxiliando até no processo de trabalho. Então já está havendo, assim, uma fala diferente em relação*

> *ao Nasf [...], e agora a gente já percebe que tem usuários satisfeitos, agradecendo à equipe.* (PROFISSIONAL DO NASF, MEDICINA, 16/5/2012).

> *A gente está conseguindo trazer para as EqSFs um contexto diferente de ver essas famílias. Então, acho que isso também é um grande avanço que a gente está conseguindo trazer de diferencial para a região. Embora isso ainda não reverbere do jeito que deve ser [...], mas eu vejo que daqui três, quatro anos a gente vai ter uma região que vai estar com uma EqSF bem implementada, com outros referenciais teóricos que, talvez, hoje, não tenha. Uma outra condição de atuação que vai ser a partir do Nasf [...].* (PROFISSIONAL DO NASF, EDUCAÇÃO FÍSICA (2), 8/5/2012).

Embora identificadas resistências das equipes de ESF com relação à proposta de trabalho do Nasf, os trechos acima sugerem algumas mudanças, ainda tímidas, talvez pela recente implantação da política, especialmente na reestruturação do processo de trabalho e nas concepções dos trabalhadores. De forma semelhante, na implantação do Nasf em municípios do Rio de Janeiro, foram identificados avanços no aprimoramento dos conhecimentos das equipes de ESF, no aumento do escopo das ações de cuidado em saúde e na maior resolutividade das demandas da população (PATROCÍNIO; MACHADO; FAUSTO, 2015). Embora com dificuldades e desafios, essas ações vêm instaurando um processo lento e gradual de ruptura com práticas hegemônicas, de reflexão sobre o processo de trabalho e produção do cuidado integral na AB (VOLPONI; GARANHANI; CARVALHO, 2015).

## Conclusão

O processo de implantação do Nasf em Goiânia, segundo os profissionais investigados, enfrentou desafios, especialmente no que tange às condições de trabalho e às resistências da maioria das equipes de ESF quanto à proposta de trabalho do Nasf.

A análise dos dados permite afirmar que a presença de um apoiador matricial, a contratação de profissionais efetivos e a realização do processo formativo garantiram potencialidades ao Nasf em Goiânia. Contudo, essa não parece ser a realidade da maioria dos processos de implantação dessa política no País, conforme resultados de pesquisas aqui compartilhados.

De maneira geral, a proposta de trabalho do Nasf tem provocado resistências em algumas equipes de ESF que indicam, entre outros elementos, um distanciamento da realidade de trabalho e uma dificuldade no trabalho interdisciplinar exigido pelo apoio matricial, assim como pelo trabalho em saúde como um todo. Além disso, a maneira de organizar o trabalho do Nasf exige das equipes de ESF mudanças na rotina de trabalho que, em geral, estão concentradas em práticas assistenciais, curativas e individuais. Em meio a essas tensões, somadas às dificuldades advindas das condições de trabalho, os profissionais do Nasf, em diferentes regiões do País, experimentam aquilo que Souza (2013) denominou espaço de 'não lugar' nas unidades de saúde.

Embora existam particularidades em Goiânia, há semelhanças estruturais importantes com a maioria dos municípios brasileiros pesquisados no que se refere às condições precárias de trabalho do Nasf, especialmente na infraestrutura, na falta de profissionais efetivos e materiais, as quais expressam a fragilidade da proposta no fortalecimento dos princípios da AB e do seu papel de coordenação do cuidado na rede de serviços de saúde. Esse parece ser o grande desafio da consolidação do Nasf no Brasil, que remete aos limites da própria política de saúde brasileira, que, apesar dos avanços na implementação do SUS, nos últimos vinte anos, enfrenta problemas históricos e crônicos que vêm se agudizando em torno das questões do financiamento e da relação público-privada. ■

## Referências


ANDRADE, L. M. B. *et al*. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde e Transformação Social,* Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 18-31, 2012.

AZEVEDO, N. S. *Núcleos de Apoio à Saúde da Família:* o processo de implantação em Belo Horizonte. 2012. 108 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

ANJOS, K. F. *et al*. Perspectivas e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família quanto às práticas em saúde. *Saúde em Debate,* v. 37, n. 99, p. 672-680, out./dez. 2013.

BOURDIEU, P. Campo científico. In: ORTIZ, R. (Org.). *A Sociologia de Pierre Bourdieu*. São Paulo: Olho D'Água, 2003, p. 112-143.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

BOURDIEU, P. *Razões práticas:* sobre a teoria da ação. São Paulo: Papirus, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família:* avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. (Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do Nasf.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. 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 Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Gestão da Atenção Básica. *Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 26 ago. 2016.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

_____. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al*. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 53-92.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

GOIÂNIA. Prefeitura Municipal. *Centros de Saúde da Família são referência no atendimento básico.* Portal de Goiânia, Goiânia, 22 maio 2015. Disponível em: <http://www4.goiania.go.gov.br/portal/pagina/?pagina=noticias&s=1&tt=not&cd=6821&fn=true>. Acesso em: 1 mar. 2016.

_____. Prefeitura Municipal. *Projeto de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) de Goiânia*. Goiânia: Prefeitura Municipal de Goiânia, 2009.

MAFRA, L. P. V. *A trajetória do Nasf no município de Piraí:* uma análise para além da gestão. 2012. 53 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

MENEZES, C. A. *Implantação do Núcleo de Apoio ao programa Saúde da Família (Nasf) em Olinda:* estudo de caso. 2011. 68 f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

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

PATROCÍNIO, S. S. S. M.; MACHADO, C. V.; FAUSTO, M. C. R. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 105-119, dez. 2015.

RASSI NETO, E. Recursos para a Saúde. *O Popular,* Goiânia, 3 ago. 2012. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/2012/08/recursos-para-a-saude/>. Acesso em: 15 ago. 2013.

SANTOS, R. C. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família como componente do cuidado em saúde mental:* perspectivas de profissionais da estratégia Saúde da Família. 2002. 152 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

SILVA, N. B. *Dificuldades e avanços na implantação SUS em Goiânia-Goiás no período de 1997 a 2004*. 2008. 103 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós- graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008.

SOUZA, F. R. *Processo de construção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na Atenção Básica do Estado do Ceará.* 2013. 221 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

VIEIRA, M. *et al. Análise da Política de Educação Permanente em Saúde:* um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Relatório Final. Rio de Janeiro: Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (OTS); Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (Lateps), 2006.

VOLPONI, P. R. R.; GARANHANI, M. L.; CARVALHO, B. G. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades como dispositivo de mudança na Atenção Básica em Saúde. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 221-231, dez. 2015.

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

# Continuidade Assistencial a mulheres com câncer de colo de útero em redes de atenção à saúde: estudo de caso, Pernambuco

## *Care Continuity to women with cervical cancer in health care networks: case study, Pernambuco*

Maria Rejane Ferreira da Silva[1], João Paulo Reis Braga[2], José Fernando do Prado Moura[3], Jurema Telles de Oliveira Lima[4]

**RESUMO** O objetivo do estudo foi analisar a continuidade da assistência a mulheres com câncer de colo uterino. Estudo de caso qualitativo, em redes de saúde. Realizaram-se entrevistas com roteiro semiestruturado e técnica de análise narrativa de conteúdo. As mulheres perceberam barreiras no diagnóstico, no tratamento e na acessibilidade entre níveis de atenção. Observaram comunicação informal entre especialistas; limitações na comunicação entre níveis de atenção; inexistência de contrarreferência; e que o vínculo paciente-serviço era maior na esfera da oncologia. A falta de contrarreferência dificultou a acumulação de conhecimento e a coordenação do cuidado pela Atenção Básica.

**PALAVRAS-CHAVE** Continuidade da assistência ao paciente. Acesso aos serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Estudos de casos. Promoção da saúde.

[1] Universidade de Pernambuco (UPE), Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (Fensg), Grupo de Pesquisadores da África e América Latinas (Graal) – Recife (PE), Brasil.
*rejane.ferreira@upe.br*

[2] Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe) – Recife (PE), Brasil.
*jpreisbraga@hotmail.com*

[3] Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) – Recife (PE), Brasil.
*jfpmoura@hotmail.com*

[4] Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) – Recife (PE), Brasil.
*jurema@imip.org.br*

**ABSTRACT** *The aim of the study was to analyze the continuity of care for women with cervical cancer. Qualitative study of case, in health networks. Interviews were performed with semi-structured script and technique of content's narrative analysis. Women perceived barriers in the diagnosis, treatment and accessibility between levels of care. They observed informal communication between specialists; limitations in the communication between levels of care; absence of counter-reference; and that the patient-service relationship was greater in the oncology sphere. The lack of counter-reference hindered the accumulation of knowledge and coordination of care for Primary Care.*

**KEYWORDS** *Continuity of patient care. Health services accessibility. Primary Health Care. Case studies. Health promotion.*

## Introdução

A estruturação de Redes Integradas de Serviços de Saúde (Riss) tem sido a principal estratégia utilizada, nas últimas três décadas, em meio às reformas dos sistemas de saúde de quase todos os países latino-americanos, entre eles, o Brasil. Uma Riss representa a etapa final do processo de integração assistencial. Seus objetivos intermediários são o acesso, a coordenação clínica e a continuidade da assistência, e os objetivos finais são a equidade de acesso, a qualidade da assistência e eficiência. Neste sentido, as ditas reformas objetivaram melhorar o acesso, aperfeiçoar a coordenação e a Continuidade Assistencial (CA), e aumentar a eficiência nos cuidados ofertados à população (MENDES, 2011; SHORTELL *ET AL.*, 2000).

O conceito de CA tem sido definido de diversas formas na literatura científica, podendo envolver várias dimensões da rede assistencial. No entanto, ainda não há uma definição consensual entre os estudiosos do tema. Não obstante, para a maioria dos autores, a CA está diretamente relacionada com a coordenação da atenção (busca pela integração entre os serviços), com a transferência da informação e com a relação interpessoal entre pacientes e cuidadores.

Neste estudo, o conceito utilizado foi o proposto por Reid, Haggerty e McKendry (2002, P. 5), que diz que a CA pode ser analisada de acordo com o "grau de coerência e união das experiências na atenção, percebida pelos usuários ao longo do tempo", e que essa assistência deve estar em conformidade com as "necessidades de saúde e o contexto pessoal" de cada paciente. Desta forma, a CA deve ser percebida e expressar o ponto de vista do paciente a respeito dos serviços que ele acessou em sua trajetória na Riss. Foram identificados três tipos distintos de CA: (a) a continuidade da gestão clínica, que está relacionada com a coordenação da atenção e com o fornecimento de diferentes tipos de cuidados complementares ao longo do tempo; (b) a continuidade da informação, relacionada com a disponibilidade e a utilização das informações sobre o paciente em ocorrências anteriores; e (c) a continuidade da relação, que se refere ao nível de relação estabelecida entre o paciente e o médico que assumiu a responsabilidade do cuidado desse usuário ao longo do tempo.

Dentro do conceito proposto por Reid, Haggerty e McKendry (2002) existem subdimensões para os três tipos de CA. Os tipos e suas subdimensões de CA, tais como apresentadas na *figura 1*, representam as categorias teóricas que serão analisadas neste estudo e que orientaram a formulação do roteiro de entrevistas.

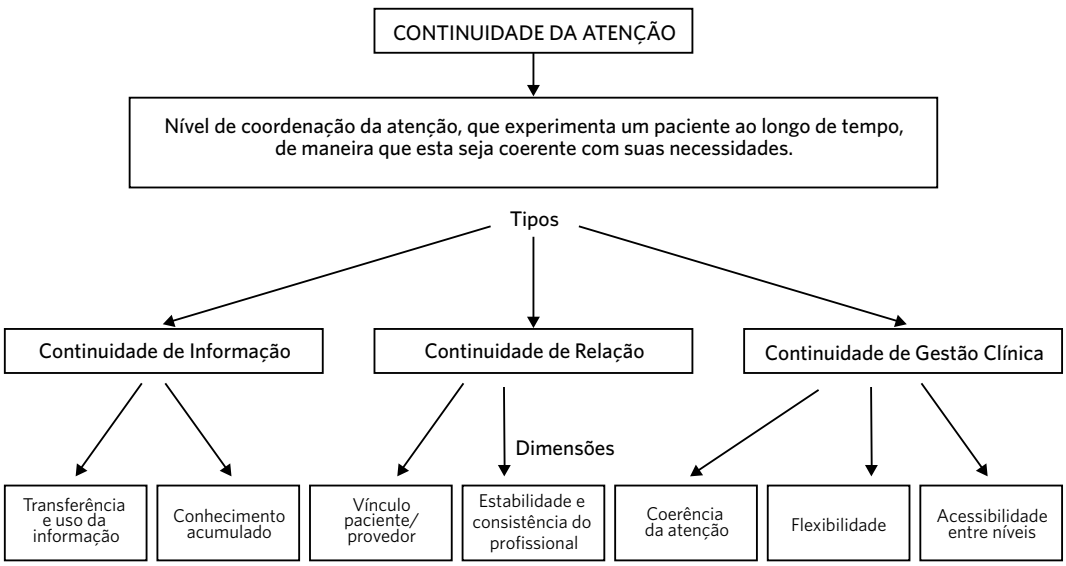
A 'continuidade de gestão' clínica se expressa em três dimensões: (a) a acessibilidade entre os níveis assistenciais, que se caracteriza pela oportunidade de transposição de nível, de acordo com a necessidade e no tempo oportuno; (b) a consistência do cuidado ou coerência da atenção, que é definida como a percepção, por parte dos pacientes, de que exista coerência nos objetivos e tratamentos realizados por diferentes serviços (provedores); e (c) a flexibilidade nos planos de cuidado, definida como a percepção do paciente de que sua atenção se adapta às mudanças de suas necessidades e circunstâncias.

A 'continuidade da informação' está subdividida em: (a) a transferência da informação, que é a percepção do usuário de que cada serviço (provedor) tem acesso à informação sobre a atenção prestada anteriormente e ao desenvolvimento de sua doença; e (b) o conhecimento acumulado, que está relacionado não só à percepção do paciente, mas também ao profissional que o atendeu – se este conhece seus valores e preferências, e se isto influencia no planejamento do tratamento mais apropriado.

E, finalmente, na 'continuidade de relação' existem duas subdivisões: (a) o vínculo entre o paciente e o serviço de saúde, que tem duração variável de acordo com o tipo de

assistência demandada (episódio agudo ou enfermidade crônica de longa duração); e (b) a estabilidade e a consistência do profissional, que estão vinculadas à possibilidade de o paciente ser atendido pelos mesmos profissionais (provedores), caracterizando-se pela responsabilidade e pela confiança entre usuário e equipe, ainda que não se estabeleçam relações em longo prazo (REID; HAGGERTY; MCKENDRY, 2002).

Figura 1. Tipos e dimensões da continuidade da atenção




Fonte: Reid, Haggerty e McKendry (2002).

Atualmente, a CA tem relevância na análise dos cuidados prestados a pacientes de doenças crônicas como o câncer de colo do útero, dentro das Riss, em virtude da ampla gama de aspectos que o conceito considera. Não obstante, a literatura científica demonstra uma forte escassez de estudos sobre essa temática, tanto que, na revisão bibliográfica, não foram encontrados estudos a respeito da CA em pacientes portadoras de neoplasia maligna no colo do útero.

O câncer cervical, ou de colo de útero, é o quarto tipo mais frequente de câncer em mulheres do mundo todo (WHO, 2012). E aproximadamente 70% dos casos são diagnosticados em países em desenvolvimento (STEWART; WILD, 2014). No Brasil, a neoplasia de colo do útero é o segundo tipo de câncer mais prevalente na população feminina, com estimativas de cerca de 15 mil novos casos e de aproximadamente cinco mil mortes por ano (INCA, 2014). Particularmente na região Nordeste, o câncer do colo uterino figura entre os mais incidentes no sexo feminino, e Pernambuco está entre os estados com maior incidência da doença (INCA, 2014).

O tratamento de mulheres com câncer cervical exige a atuação de equipes multidisciplinares, nos três níveis assistenciais da rede e por um considerável período de

tempo. Assim, a análise da CA nesses casos torna possível conhecer o atual estágio de integração entre os diferentes níveis de cuidados de determinada rede de serviços de saúde, e pode, ainda, fornecer elementos que permitam compará-las a outras redes assistenciais (BRITO; OLIVEIRA; SILVA, 2012). O presente artigo tem como objetivo analisar a continuidade da atenção a mulheres portadoras de câncer de colo do útero.

## Métodos

A pesquisa adotou como desenho um estudo de caso com abordagem qualitativa, para coletar e examinar evidências sobre a continuidade da assistência à saúde vivenciada por mulheres que passaram por tratamentos em redes de saúde de Pernambuco. Utilizou-se como condição traçadora o câncer de colo do útero. Essa neoplasia foi selecionada mediante os seguintes critérios: ser enfermidade prevalente entre o grupo de mulheres, requerer a intervenção de diferentes níveis assistenciais (primeiro nível e atenção especializada) e porque a assistência à usuária demanda o uso de protocolos. Foram selecionadas três das quatro redes de atenção oncológica planejadas para o atendimento ao doente com câncer, cujas sedes eram em Recife (PE), Caruaru (PE) e Garanhuns (PE), estas últimas por serem mais próximas da capital e apresentarem mais factibilidade. Em todas as sedes, foram selecionados dois casos: um do município-sede e outro de um município da macrorregião de cada sede. A composição final dos casos está apresentada na *tabela 1*.

Tabela 1. Tipos e dimensões da continuidade da atenção

| Fontes | | Recife | Caruaru | Garanhuns | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Usuárias | Câncer de colo de útero | 2 | 2 | 2 | 6 |
| Profissionais | APS* | 3 | 1 | 2 | 6 |
| | Especializada | 4 | 2 | 3 | 9 |
| **Total** | | **9** | **5** | **7** | **21** |
| Prontuários | APS* | 2 | 0 | 0 | 2 |
| | Especializado | 4 | 1 | 4 | 9 |

Fonte: Elaboração própria.

*APS – Atenção Primária à Saúde.

Foram feitas coleta de dados nos prontuários das unidades e entrevistas com todas as usuárias e médicos por elas indicados, com os quais foram consultadas.

A seleção das mulheres foi feita empregando-se os seguintes critérios: mulheres maiores de 18 anos, com diagnóstico confirmado há, no mínimo, um ano; e com estabilidade física e mental. Foram identificadas usuárias que necessitaram da atenção de diversos níveis assistenciais, com e sem complicações associadas.

Objetivando melhorar a compreensão acerca da temática, foram revisados os

prontuários das mulheres encontrados nas unidades assistenciais onde receberam atendimento. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com roteiro específico dirigido às seis usuárias e aos dez profissionais de saúde responsáveis por essas pacientes na rede. As entrevistas foram realizadas individualmente, nos domicílios das usuárias, nos locais de trabalho dos profissionais ou nos locais onde as usuárias fizeram tratamento, no período de dezembro de 2013 a julho de 2014. As informações dos profissionais complementaram as fornecidas pelas usuárias e, posteriormente, todos os dados foram triangulados com as informações obtidas através da análise dos prontuários clínicos.

As entrevistas, após serem gravadas e transcritas, foram analisadas usando o *software* de codificação de texto Atlas Ti (v. 6.0). A análise do conteúdo das entrevistas foi realizada a partir das categorias pré-estabelecidas, com base no marco teórico do projeto (*figura 1)*, através da análise narrativa de conteúdo (BARDIN, 2009). Em seguida, foi feita uma nova classificação dos conteúdos para comparação entre as redes, estabelecendo as principais semelhanças ou diferenças entre elas. Os resultados foram categorizados de acordo com o referencial teórico, dentro dos grupos principais estabelecidos para a CA: continuidade da gestão clínica, continuidade da informação, e continuidade da relação e suas respectivas dimensões (HAGGERTY *ET AL.*, 2003).

Para garantir o anonimato dos entrevistados e a confidencialidade das informações, atribuíram-se identificações fictícias aos entrevistados com o uso de letras maiúsculas e números para cada caso, destacando-se, porém, em cada citação, a localidade da rede. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CAAE 07359713.3.0000.5207) e teve a autorização das secretarias de saúde dos municípios, bem como da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

# Resultados

Os resultados do estudo evidenciaram vários elementos que influenciam as distintas dimensões da CA de mulheres com câncer de colo do útero nos serviços assistenciais de Pernambuco. Nas três redes de saúde analisadas, foram observados barreiras e facilitadores da CA. Porém, nenhuma das redes demonstrou oferecer um serviço plenamente satisfatório às usuárias, posto que, embora para todas elas tenha sido possível acessar e cumprir o tratamento preconizado, em alguns casos, isto se deu tardiamente.

Os problemas na CA das mulheres com câncer de colo do útero se evidenciaram principalmente nas dificuldades de acessibilidade aos distintos níveis assistenciais, que apareceram desde a fase pré-diagnóstica e continuaram acontecendo durante o seguimento. Em todo o relatório, foram descritos problemas comuns às redes de Recife (PE), Caruaru (PE) e Garanhuns (PE), mas também emergiram barreiras que se manifestam na individualidade de cada rede.

## Continuidade da gestão clínica

Na análise dos discursos relacionados com a continuidade da gestão clínica na assistência de mulheres com câncer de colo do útero, emergiram problemas como o descumprimento de normas para a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer, aliados ao fato de que quase todos os médicos das três redes não fizeram o referenciamento correto da paciente, nem seguiram os protocolos estabelecidos para suspeita de câncer (apesar d'eles existirem). Em Recife (PE), destacou-se o fato de duas pacientes terem feito exames preventivos e, em ambos os casos, as provas diagnósticas terem apresentado resultados errôneos. *"A última que eu fiz, que foi o papanicolau, também fazia a intravaginal, e nada de constatar nada"* (US_4_LRS_CaCo_REC).

De acordo com as entrevistadas, problemas de superlotação, dificuldades para

agendamento e escassez de médicos fazem com que a assistência básica não seja a primeira opção na busca por cuidados para os sintomas do câncer de colo do útero. A maioria dos profissionais entrevistados reforça que a Atenção Básica (AB) não faz nenhum tipo de acompanhamento das usuárias e não recebe contrarreferência dos níveis seguintes.

Em Recife (PE) e Caruaru (PE) houve relatos de erros nos diagnósticos iniciais e atrasos nos inícios dos tratamentos, com evoluções das doenças, sendo que, em cinco dos seis casos, as mulheres recorreram a exames particulares devido à escassez de vagas públicas nos centros de tratamento e também como forma de receberem os resultados e iniciarem suas terapias mais rapidamente. Não obstante, as entrevistadas também relataram que precisaram de conhecimentos pessoais para acessarem aos serviços de referência, recorrendo à ajuda de conhecidos e de parentes, que facilitaram os acessos iniciais dessas mulheres aos serviços de média e alta complexidade.

Nesse ponto, os discursos das entrevistadas revelaram um dos principais achados desta pesquisa: a cobrança de valores por parte dos médicos para que as pacientes tivessem acesso diferenciado na rede assistencial. A prática foi descrita por usuárias das redes de Caruaru (PE) e Garanhuns (PE), e é conhecida informalmente no sistema de saúde como 'SUS-Plus', sendo SUS a abreviatura de Sistema Único de Saúde e *Plus* um termo inglês para algo diferenciado, que oferece recursos extras. Neste esquema, as pacientes pagam pelas primeiras consultas com médicos em consultórios particulares e esses mesmos profissionais – que também trabalham na rede pública – facilitam e aceleram não só a entrada dessas mulheres, mas também o acesso a medicamentos e o tratamento através de uma rede de contatos por eles estabelecida nas unidades de referência gratuitas. Essa forma de acesso foi considerada vantajosa para as usuárias que a utilizaram, mas pretere outras mulheres que não fazem a consulta particular, impossibilitando a existência de equidade no acesso.

> *Eu fiquei desesperada, que a ginecologista disse assim: 'Olhe, esse tratamento de saúde é um tratamento muito caro, muitas pessoas morrem e não têm nem chegado a atender, a passar por esse processo. É difícil, aqui não tem' [...] Foi uma coisa que facilitou pra mim, nesse tratamento, de entrar pelo SUS rápido. Eu achei, assim, que foi mais rápido, devido à consulta que paguei particular.* (US_3_LDN_CaCo_GAR).

Após realizar o acesso à rede assistencial, as pacientes declararam que quase todos os exames foram feitos de forma gratuita, ainda que com dificuldades de agendamento nas redes de Recife (PE) e Caruaru (PE). Contudo, em Garanhuns (PE) foi relatada a necessidade de pagar por exames que não estavam disponíveis na rede de saúde. Destaca-se que, nas três redes, pacientes reclamaram, com reforço de seus médicos, da expressiva demora na realização e na entrega de resultados de exames feitos por portadoras de câncer de colo do útero.

Tanto na quimioterapia como na radioterapia, apesar dos incômodos efeitos colaterais, as mulheres declaram que se sentiram satisfeitas com esses serviços e que puderam realizar todas as sessões recomendadas por seus respectivos oncologistas. Não obstante, houve relatos de dificuldades na acessibilidade geográfica para as pacientes que utilizam os serviços fora da capital, em função dos muitos e longos deslocamentos entre uma cidade e outra.

No acesso à medicação, em todos os casos, houve entrega facilitada de medicamentos nos próprios locais onde as pacientes foram tratadas, entretanto, nas três redes ocorreram relatos de que as pacientes não receberam todos os remédios e precisaram comprar alguns para não serem obrigadas a interromper o tratamento.

A análise da continuidade da gestão clínica

revelou, ainda, que as mulheres não descreveram nenhuma dificuldade significativa na marcação de consultas, na acessibilidade geográfica ou na infraestrutura dos locais de atendimento, após acessarem as unidades de referência.

Em relação à coerência da atenção, foram observadas discordâncias importantes entre os profissionais que atenderam as pacientes nos diferentes serviços dentro das três redes de saúde. Não obstante, profissionais e pacientes apontam que existe coerência entre os objetivos propostos e o tratamento realizado pelos profissionais. Mas, apenas na rede de Recife (PE) houve relatos de que reuniões clínicas aconteciam, enquanto nas demais o tratamento era feito de forma fragmentada, sendo a oncologia o setor diretamente responsável pela paciente. O estudo evidenciou, ainda, que ocorreu flexibilidade no tratamento das pacientes sempre que foi necessário, de acordo com a particularidade de cada caso.

### Continuidade da informação

No que diz respeito à continuidade da informação, não houve relatos que demonstrassem a existência de conhecimento acumulado entre níveis, em nenhuma das redes. Entretanto, ficou bem caracterizada a deficiência de comunicação entre o nível básico e os serviços especializados, especialmente pela fragilidade no referenciamento entre níveis, pelas falhas nos sistemas de armazenamento de dados das pacientes – que permanecem independentes e isolados –, e pela inexistência ou pouca utilização dos mecanismos de contrarreferência. Em geral, a comunicação acontece de maneira informal entre os profissionais, e a responsabilidade de transmitir as informações para o nível seguinte recai sobre as usuárias, demandando a ocorrência de uma nova anamnese.

> *É um problema muito grande no SUS. Às vezes, os médicos encaminham o paciente sem dar nenhum detalhe. [...] Eu acho que a informação entre os níveis é absolutamente falha, é um processo absolutamente falho.* (US_4_LRS_Médico_ACS_CaCo REC).

O estudo apontou, ainda, que o compartilhamento de informações entre diferentes setores dos serviços especializados acontece majoritariamente por meios informais, como telefonemas, bilhetes e *e-mails*, e, embora tenha sido citado pelos profissionais, não foi percebido pelas usuárias.

> *Eu sempre mando uma cartinha pra o cirurgião, e normalmente ele manda uma cartinha de resposta. Quando ele não manda uma cartinha, ele me liga pessoalmente e eu anoto no prontuário o que foi conversado.* (US_3_LDN_Médica_GMP_CaMa_GAR).

### Continuidade da relação

Quanto à continuidade da relação, o vínculo entre o paciente e o serviço de saúde foi estabelecido apenas no nível especializado, especificamente na oncologia. Em todos os casos, os depoimentos demonstraram que os oncologistas têm interesse pelas pacientes e procuram esclarecer todas as suas dúvidas.

Por fim, no exame da estabilidade e da consistência dos profissionais, o estudo demonstrou que, nas três redes, as pacientes foram muito bem tratadas pelos profissionais do nível especializado, tanto nos hospitais onde fizeram a terapia quanto nas demais unidades por onde passaram.

## Discussão

O estudo realizado apresenta algumas limitações. A primeira é consequência direta do desenho da pesquisa, na qual se utilizou o estudo de caso. Sendo assim, as conclusões e recomendações representam apenas uma aproximação da realidade vivenciada pelas

mulheres no âmbito das redes por elas utilizadas, o que diminui a amplitude, mas não a importância dos resultados, uma vez que se trata de um estudo exploratório cuja luz das informações pode motivar a realização de outras pesquisas sobre o mesmo tema. Outro problema se refere às informações prestadas pelas mulheres. Dada a gravidade da doença, o foco das mulheres é ter assegurado o seu tratamento e a superação da dor e do sofrimento. Nestas condições, é possível que alguns aspectos relevantes para o tema de estudo não sejam percebidos por elas. Do mesmo modo, há uma limitação da própria capacidade de análise do estudo, pois um dos critérios de seleção da amostra foi que as usuárias já estivessem em tratamento, como forma de avaliar as redes de serviços. Deste modo, seria recomendável estudar os casos de mulheres que não conseguiram acessar aos serviços de referência para o tratamento de câncer de colo do útero. Mesmo assim, foi possível analisar quais são as etapas mais difíceis no decorrer da toda a trajetória feita pelas pacientes nas redes.

Nesse sentido, este estudo vem contribuir com novas informações e entendimentos sobre os diferentes aspectos e dimensões da CA, revelando barreiras e facilidades existentes nas redes de saúde, a partir da percepção das usuárias submetidas ao tratamento para câncer de colo do útero.

Na análise da continuidade da gestão clínica, evidenciaram-se vários problemas, especialmente no que diz respeito à acessibilidade entre níveis, sobretudo no primeiro nível de atenção. Este achado merece destaque, visto que o câncer do colo do útero é o segundo tumor mais frequente nas mulheres brasileiras (INCA, 2010). A dificuldade de acesso à atenção primária também foi registrada em outros estudos. A maioria coincide no fato de que as barreiras resultam da desmotivação dos usuários para procurar atenção, em razão da burocracia e da demora no tempo de espera entre o agendamento e o dia da consulta, assim como durante o processo de atendimento no serviço. A essas dificuldades, observadas nas três redes, sobretudo em Caruaru (PE), atribuíram-se a falta ou alta rotatividade de profissionais médicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (CAMPOS *ET AL.*, 2014; GARCIA-SUBIRATS *ET AL.*, 2014A, 2014B; GIOVANELLA *ET AL.*, 2009; VAZQUEZ *ET AL.*, 2013, 2014). Aliados a isto, também chamaram a atenção os erros de diagnósticos e de resultados falso-negativos nos exames realizados antes do início do tratamento, particularmente na rede de Recife (PE). Estudos apontam que o

> exame de Papanicolau pode ser usado como um teste de triagem, mas as taxas de resultados falso-negativos são entre 2% e 50% dos casos. (INCA, 2012, P. 22).

Todavia, os erros ocorridos em exames não são os únicos motivos para as falhas de diagnóstico, já que, nos protocolos para essa enfermidade, existe a recomendação de que um esfregaço negativo em uma paciente sintomática nunca deve ser considerado como resultado definitivo. Esses elementos podem colaborar para se entender por que, no Brasil, mais da metade dos diagnósticos de câncer de colo do útero são feitos quando o tumor já está na fase de metástase (INCA, 2011).

É importante ressaltar que a falta de acesso a qualquer nível assistencial, em se tratando dessa enfermidade, pode resultar em problemas psicológicos, doenças incapacitantes ou morte para as pacientes, além de gastos evitáveis com consultas, exames, internações em unidades de urgência e de terapia intensiva, ocasionando prejuízos pessoais, familiares, sociais e econômicos significativos. Neste sentido, ações de prevenção do câncer têm sido desenvolvidas no Brasil desde 1984. No entanto, o que se observou foi o descumprimento de normas estabelecidas pelo programa de controle do câncer de colo do útero, lançado em 2011, no qual se encontram diretrizes preconizadas pelo Instituto Nacional do Câncer para a linha de cuidados, com destaque para as ações de controle do

câncer do colo do útero (CARVALHO; DOMINGOS; LEITE, 2015; INCA, 2010).

Quanto ao acesso aos níveis especializados, a partir das unidades básicas, cinco dos seis casos relataram informalidades e irregularidades na obtenção de vagas nos serviços de referência. Nos últimos cinco anos, vêm sendo observado um aumento no acesso da população brasileira aos serviços básicos de saúde. Mais da metade da população encontra-se cadastrada nas unidades de saúde da família. Contudo, essa expansão da cobertura impulsionada pelo Programa Mais Médicos, criado em 2013, ainda não é suficiente para impactar nas iniquidades de acesso e permitir a continuidade da atenção. Os usuários ainda necessitam da intervenção de amigos, conhecidos e/ou parentes dos profissionais para assegurar atendimento no nível especializado, que, por sua vez, tem limite na capacidade de absorção de demanda (MALTA *ET AL.*, 2016; SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015).

A outra forma de acessar aos serviços especializados é através do já citado SUS-Plus. Em três dos quatro casos pesquisados fora da capital, houve relatos de usuárias que tiveram entrada facilitada em toda a estrutura de atendimento gratuita, mediante o pagamento de uma ou mais consultas particulares com médicos que também integram a rede pública. As duas formas de acesso à atenção especializada, ao mesmo tempo em que reduzem o tempo de espera e facilitam o uso, também se configuram como distorções dos procedimentos normatizados e geram graves problemas, como a falta de equidade no acesso de mulheres com câncer ao tratamento adequado na rede pública de saúde. Não foi encontrado nenhum estudo que trate desse tema para efeito de comparação com os resultados que emergiram nesta pesquisa.

Não obstante, o estudo revelou que existe coerência de atenção nas redes de saúde, ainda que ocorram discordâncias entre profissionais; e que também existe flexibilidade, de acordo com as necessidades e possibilidades de cada usuária tratada.

Na análise da continuidade da informação, não emergiram relatos que revelassem a presença de conhecimento acumulado pelos profissionais nos diferentes níveis nas redes. Entretanto, a transferência da informação não ocorre entre os profissionais de diferentes níveis de atenção, mas apenas entre diferentes setores e unidades do mesmo nível de complexidade. Apenas na rede de Recife (PE) mencionou-se a existência de instrumento de referenciamento, embora seja pouco utilizado. Quando ocorre, a transferência de informação entre os especialistas se dá de maneira predominantemente informal. Esses achados também foram observados em outros estudos sobre o tema (COSTA, 2009; VAZQUEZ *ET AL.*, 2013).

A deficiência na contrarreferência de pacientes com câncer de colo do útero para o nível primário vem sendo justificada pela ausência de um banco de dados integrado, dentro das redes; pela falta de estrutura e preparo das unidades e dos médicos da AB para fazer o seguimento de mulheres com câncer; e pela cultura assistencial do nível especializado, na qual os oncologistas acompanham e são responsáveis pelas pacientes do início do tratamento até a fase de remissão. Estes resultados são diferentes daqueles encontrados por outros estudos, nos quais os fatores preponderantes foram a "falta de tempo e demora na entrega dos resultados dos exames" (BRITO; OLIVEIRA; SILVA, 2012, P. 418; COSTA, 2009; VAZQUEZ *ET AL.*, 2013). Este fato pode evidenciar que algumas das dificuldades no sistema de referência e contrarreferência dos serviços de alta complexidade podem ser distintas daquelas existentes no tratamento para outras enfermidades que exigem menor nível de complexidade nas redes. Entretanto, para que haja a percepção da continuidade do cuidado, é preciso que ocorra o funcionamento dos serviços em rede, com um sistema institucionalizado de referência e contrarreferência (JULIANI; CIAMPONE, 1999).

Dessa forma, todos os níveis assistenciais são importantes, bem como a qualidade dos registros em cada serviço.

Identificou-se a existência de vínculos bem estabelecidos entre as usuárias e os médicos que as trataram, porém, isso ocorreu exclusivamente no nível especializado. Alguns autores apontam que as experiências vividas por cada paciente influenciam na visão que eles têm da enfermidade, e na forma como eles vão lidar com a doença e encarar o tratamento (TADDEO *ET AL.*, 2012). O modelo de atenção à saúde fundado na estruturação da assistência em redes pressupõe que a coordenação da atenção é de responsabilidade da AB (LAVRAS, 2011; MENDES, 2011). Entretanto, o estudo apontou que a AB não é a principal porta de entrada dessas usuárias nas redes de saúde, e nenhuma delas mencionou vínculos ou a responsabilização do profissional da atenção primária pelo seu cuidado. Em todos os casos, as pacientes identificaram o especialista como o responsável pelo seu tratamento. Esses resultados também foram encontrados em um estudo para avaliar a CA no sistema de saúde da Catalunha, Espanha (WAIBEL, 2010).

As entrevistadas declararam, ainda, que os responsáveis por seu tratamento tinham interesse por seus casos e esclareciam todas as suas dúvidas. Outros autores tiveram resultados semelhantes em seus estudos, demonstrando a importância das pacientes receberem informações claras e precisas sobre os seus tratamentos (BRITO; OLIVEIRA; SILVA, 2012; GUSMÃO, 2008; WAIBEL, 2010). Não obstante, estes resultados são discrepantes de outro estudo sobre doenças crônicas, no qual os usuários narraram que os médicos não davam a devida importância às suas necessidades e não mostravam disposição para tirar suas dúvidas, nem esclarecer sobre procedimentos e cuidados no tratamento (TADDEO *ET AL.*, 2012).

Para assegurar o vínculo e a confiança na relação entre profissionais e pacientes, são importantes a estabilidade e a consistência dos profissionais durante o tratamento de doenças crônicas. Nas três redes, as pacientes narraram ter boas relações e confiança nos profissionais que as atenderam; que foram bem tratadas por todas as equipes dos hospitais onde receberam os cuidados que necessitavam; e ressaltaram a importância das consultas terem sido realizadas pelos mesmos profissionais ao longo de suas trajetórias assistenciais. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos (GULLIFORD; NAITHANI; MORGAN, 2006; NAITHANI; GULLIFORD; MORGAN, 2006; PARKER; CORDEN; HEATON, 2011).

## Conclusões e recomendações

A percepção das mulheres sobre a Continuidade Assistencial no tratamento de câncer de colo do útero evidenciou alguns aspectos de importância para a gestão das redes estudadas. Embora identificassem alguns problemas, as entrevistadas avaliaram de forma positiva a assistência que receberam, após terem acesso aos níveis de média e alta complexidade.

Nas três redes, há descontinuidade na informação que se processa, em geral, através de mecanismos informais de transmissão. Mecanismos normatizados, como guias de referência e resumos de alta, em alguns casos, inexistem ou são subutilizados. Deste modo, os dados sugerem que é necessário investimento para criação de um cadastro único de usuários interligado entre os níveis de atenção, como também para disponibilização e utilização de mecanismos de coordenação assistencial, tais como protocolos, sistemas de referência e contrarreferência, apoio matricial etc.

No entanto, ainda que haja barreiras na rede, os relatos indicaram que as pacientes, na oncologia, têm boa infraestrutura, facilidade na marcação de consultas e formação de vínculo de confiança com os profissionais, o que garante melhores resultados à assistência prestada.

Por fim, os resultados sugerem que, para assegurar a percepção de continuidade de

tratamento de câncer uterino, são necessários, ainda, investimentos, de modo a garantir a oferta de serviços em rede e de equipes de saúde estáveis, em todos os níveis de atenção, e de forma descentralizada no estado de Pernambuco.

## Colaboradores

Maria Rejane Ferreira da Silva participou do estudo e suas contribuições foram a concepção e o desenho da pesquisa, a obtenção de dados, a análise e interpretação dos dados, a obtenção de financiamento, a redação e a revisão crítica do manuscrito, quanto ao conteúdo intelectual. João Paulo Reis Braga participou do estudo e suas contribuições foram a obtenção de dados, a análise e interpretação dos dados e a redação do manuscrito. José Fernando do Prado Moura e Jurema Telles de Oliveira Lima participaram do estudo contribuindo na concepção e no desenho da pesquisa, na obtenção de financiamento e na revisão crítica do manuscrito, quanto ao conteúdo intelectual.

## Agradecimentos

Os autores agradecem a participação das mulheres e dos profissionais na pesquisa, como também o apoio financeiro do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe) e da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), aprovado mediante normas do edital Facepe 13/2012. ■

## Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRITO, E. S. V.; OLIVEIRA, R. C.; SILVA, M. R. F. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 12, n. 4, p. 413-423, dez. 2012.

CAMPOS, R. T. O. *et al*. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 252-264, out. 2014.

CARVALHO, B. G.; DOMINGOS, C. M.; LEITE, F. S. Integralidade do cuidado no Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino: visão das usuárias com alteração na citologia oncótica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 707-717, set. 2015.

CASTRO GUSMÃO, R. *La continuidad asistencial entre niveles asistenciales en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)*. 2008. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Pompeu Fabra, Barcelona, 2008.

COSTA, R. R. *A contra-referência e a continuidade do cuidado dos pacientes hipertensos a partir do serviço*

*de emergência do hospital das clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2009.

GARCIA-SUBIRATS, I. *et al*. Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Soc. Sci. Med*., Oxford, v. 106, p. 204-213, abr. 2014a.

GARCIA-SUBIRATS, I. *et al*. Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Int. J. Equity Health,* Londres, v. 13, n. 1, p. 1-15, jan. 2014b.

GIOVANELLA, L. *et al*. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, jun. 2009.

GULLIFORD, M.; NAITHANI, S.; MORGAN, M. What is "continuity of care"? *J. Health Serv. Res. Policy,* Edimburgo, v. 11, n. 4, p. 248-250, 2006.

HAGGERTY, J. L. *et al*. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ: British Medical Journal,* Londres, v. 327, n. 7425, p. 1219-1221, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA). *Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero.* Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; INCA, 2011. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_utero.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2016.

_____. *Estimativa 2014:* incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; INCA, 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Estimativa_2014.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2016.

_____. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. *Plano de ação para redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero.* Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; INCA, 2010. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/sumario_colo_utero_versao_2011.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2016.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do sistema único de saúde: a percepção de enfermeiros. *Rev. Esc. Enferm*. USP, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 323-333, 1999.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc*., São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

MALTA, D. C. *et al*. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasilia, DF: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2011.

NAITHANI, S.; GULLIFORD, M.; MORGAN, M. Patients' perceptions and experiences of "continuity of care" in diabetes. *Health Expect,* Oxford, v. 9, n. 2, p. 118-129, 2006.

PARKER, G.; CORDEN, A.; HEATON, J. Experiences of and influences on continuity of care for service users and carers: synthesis of evidence from a research programme. *Health Soc. Care Community,* Oxford, v. 19, n. 6, p. 576-601, 2011.

REID, R. J.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, R. *Defusing the confusion:* concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF), 2002.

SANTOS, L. M. P.; COSTA, A. M.; GIRARDI, S. N. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015.

SHORTELL, S. M. *et al*. *Remaking Health Care in America:* the evolution of organized delivery systems. 2. ed. São Francisco: The Jossey-Bass Health Care, 2000.

STEWART, B. W.; WILD, C. P. (Org.). *World cancer report 2014*. Genebra: WHO, 2014.

TADDEO, P. S. *et al*. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 2923-2930, 2012.

VAZQUEZ, L. *et al*. *Impact on equity of access and efficiency of Integrated Health care Networks (IHN) in Colombia and Brazil:* final report. European Commission: Barcelona, 2013. Disponível em: <http://www2.equity-la.eu/publicaciones/documentos/informe-de-resultados-final-2013-equity-la>. Acesso em: 2 ago. 2016.

WAIBEL, S. *La continuidad entre niveles asistenciales en dos organizaciones sanitarias integradas de Cataluña desde la perspectiva de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica*. 2010. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Pompeu Fabra, Barcelona, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Globocan 2012:* estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Genebra: WHO, 2012. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>. Acesso em: 14 mar. 2015.

Recebido para publicação em fevereiro de 2016
Versão final em junho de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe) e Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) aprovado mediante normas do edital Facepe 13/2012

# A resistência como analisador da saúde mental em Campinas (SP): contribuições da Análise Institucional

## *Resistance as mental health analyzer in Campinas (SP): contributions of Institutional Analysis*

Daniel Vannucci Dobies[1], Solange L'Abbate[2]

**RESUMO** O artigo analisa um movimento de resistência de um Fórum Colegiado de Saúde Mental em Campinas (SP), cuja atual conjuntura coloca em risco o seu histórico inovador e o cuidado em rede na área de saúde mental devido ao enrijecimento organizacional e à tensão entre o atual governo municipal e a entidade parceira nessa área. Foram feitas observações, entrevistas e adotada a Análise Institucional como referencial teórico-metodológico. Concluiu-se que os movimentos de resistência são de grande relevância para os profissionais dessa rede, e sua análise é fundamental para a qualificação do cuidado compartilhado, possibilitando um enfrentamento mais efetivo às adversidades conjunturais.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde mental. Rede social. Ciências sociais. Fóruns de discussão. Equipe de assistência ao paciente.

**ABSTRACT** *The article analyzes a resistance movement of a Collegiate Forum of Mental Health in Campinas (SP), whose current situation endangers its innovative history and networked care in the mental health area, due to organizational rigidity and tension between the current municipal government and the partner organization in this area. They were made observations, interviews and Institutional Analysis was adopted as theoretical and methodological framework. It concludes that resistance movements are of great importance for the professionals of that network, and its analysis is fundamental to the qualification of shared care, enabling a more effective confrontation to the conjunctural adversity.*

**KEYWORDS** *Mental health. Social networking. Social sciences. Discussion forums. Patient care team.*

[1] Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF) – Campinas (SP), Brasil.
*dvdob@yahoo.com.br*

[2] Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Departamento de Saúde Coletiva – Campinas (SP), Brasil.
*slabbate@lexxa.com.br*

 DOI: 10.1590/0103-1104201611009

## Da inovação ao enquadre: uma breve descrição da trajetória da saúde mental em Campinas (SP)

A cidade de Campinas (SP) tem um histórico de pioneirismo na implantação de serviços e práticas de cuidado na área da saúde mental. No final da década de 1970, o município já contava com um ambulatório de saúde mental que mantinha aproximações com as unidades básicas, devido, sobretudo, à força de movimentos sociais que lutaram pela atenção pública à saúde e ao fato de muitas reivindicações desses movimentos terem sido contempladas por diretrizes da política municipal de saúde. Nos anos 1980, recebeu um ambulatório de saúde mental estadual, e foram criadas enfermarias e serviços de urgência pelas universidades do município (CAMPOS, 2000; L'ABBATE, 2010).

O município também foi um dos pioneiros na implantação de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e de uma rede de serviços substitutivos, incluindo centros de convivência, oficinas de trabalho, serviços de urgência psiquiátrica e serviços de residência terapêutica (FIGUEIREDO; SANTOS, 2008). Esse processo relaciona-se à Reforma Psiquiátrica Brasileira que teve início mais concretamente no final da década de 1970, na conjuntura da redemocratização, fundada na crítica ao sistema da saúde mental do nosso País, ao saber psiquiátrico e às instituições da psiquiátrica clássica (AMARANTE, 1995).

Um marco importante desse processo em Campinas ocorreu durante a década de 1990, quando a Prefeitura Municipal estabeleceu uma parceria de cogestão com o Sanatório Dr. Cândido Ferreira – fundado no início do século XX. A partir disso, este passou a integrar a rede municipal de saúde. Entretanto, a expansão dos serviços substitutivos ocorreu mais intensamente a partir de 2001, com o incremento da parceria com o renomeado Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), no processo da implantação do Projeto Paideia de Saúde da Família, que propunha novas concepções e arranjos organizacionais para a rede de saúde do município. Naquele momento, as equipes de saúde mental, presentes na Atenção Básica (AB), passaram a oferecer apoio matricial[1] às equipes de referência (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários etc.) (FIGUEIREDO; SANTOS, 2008).

Grande parte desses serviços, assim como alguns arranjos, foram criados e financiados com recursos do município para lidar com as necessidades identificadas, sem estar atrelado à disponibilização de recursos específicos do governo federal. Algumas dessas inovações locais posteriormente foram incorporadas em políticas públicas nacionais, como os serviços residenciais terapêuticos e o apoio matricial.

Entre o final de 2011 e o início de 2012, foi deflagrada uma importante crise na saúde mental relacionada aos convênios da Prefeitura Municipal com o SSCF, especialmente um deles, denominado PSF, em referência ao Programa Saúde da Família. À época, havia dois convênios: Saúde Mental e PSF. O primeiro correspondia exclusivamente à área da saúde mental enquanto o segundo referia-se aos profissionais contratados para a área da saúde em geral, incluindo AB, hospitais e serviços de urgência. O principal aspecto de irregularidade apontado pelas instâncias do judiciário era de que os trabalhadores não poderiam ser contratados por uma organização (SSCF) e estarem sob gestão de outra (Prefeitura), como era o caso dos profissionais contratados via Convênio PSF.

No convênio a ser extinto, estavam incluídos alguns apoiadores institucionais de saúde mental e muitos profissionais da área de saúde mental que atuavam na AB. O encerramento do convênio foi anunciado em janeiro de 2012, mas sofreu prorrogações para que a transição provocasse menos desassistência, de modo que os 1.308 funcionários fossem

[1] "O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo. Assim: um especialista com determinado núcleo, apoia especialistas com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O Apoio Matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência" (CUNHA; CAMPOS, 2011, P. 964).

demitidos mediante reposição de vagas via concurso público. Houve várias discussões em espaços colegiados e de controle social para que, além do número de trabalhadores, fosse mantido um modelo de atenção à saúde mental coerente com a Reforma Psiquiátrica.

No decorrer dessa crise, que resultou no encerramento do Convênio PSF, também ocorreram mudanças no Convênio de Saúde Mental, pois incorporou todos os Caps e outros equipamentos de saúde mental, além de, temporariamente, manter os profissionais de saúde mental alocados na AB até a conclusão das reposições via concurso público.

O governo municipal eleito em 2013 não reconheceu a lei de cogestão, que mantinha uma relação mais estreita entre SSCF e a Prefeitura, fazendo emergir questionamentos relacionados com a ocupação de prédios públicos pelos serviços gerenciados pelo SSCF e a cessão de profissionais concursados para serviços gerenciados pelo SSCF. Além desse movimento para separar as duas organizações, passa a haver questionamentos a respeito do número de trabalhadores por serviço, tomando como parâmetro as diretrizes gerais do Ministério da Saúde, sem considerar os aspectos peculiares de cada serviço. É dado início ao processo de enxugamento das equipes, com a não reposição de algumas vagas dos profissionais demitidos ou que pedem demissão. Ocorre também um movimento de reconfiguração de alguns serviços, como as residências terapêuticas e o núcleo de internação, provocando uma redução ainda maior no número de profissionais contratados.

A inovação técnica e prática vai cedendo ao enquadramento jurídico e às portarias ministeriais. Todavia, essa convergência não é exclusiva de Campinas. Luzio e Yasui (2010) alertam que a tendência à regulamentação é um risco quando os processos de transformação vão perdendo as bases nos movimentos sociais e deslocam o foco de luta para o interior do aparelho estatal, como ocorreu com a Reforma Sanitária e tem ocorrido com a Reforma Psiquiátrica, pois a

> ênfase nos processos de regulação como indutores da política do SUS transforma a potencialidade criativa e transformadora daqueles atores em uma servidão às normas e portarias. (LUZIO; YASUI, 2010, P. 22).

De tal forma que para Luzio e Yasui (2010, P. 23):

> A sua institucionalização [da Reforma Psiquiátrica] transformou o Ministério da Saúde em seu principal ator e indutor chefe dos ritmos e dos rumos do processo. Parece não haver mais espaço para experiências que não sigam os parâmetros estabelecidos nas portarias, que, ironicamente, têm como inspiração as experiências do Caps e dos Naps, as quais trazem a marca da invenção e da criação que se construíram e obtiveram seu reconhecimento antes dessas regulações.

O Ministério da Saúde implanta, em 2013, novos registros de produção (Raas – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, BPA/I – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado, e BPA/C – Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado) para qualificar as informações das ações desenvolvidas em saúde (BRASIL, 2013). Em Campinas, entretanto, tornaram-se instrumentos para o estabelecimento de metas para definir o repasse financeiro da Prefeitura para o SSCF, instaurando um clima de produtivismo entre os trabalhadores e gestores.

Tal situação denuncia a presença da lógica neoliberal na atual gestão da saúde do município, introduzindo mecanismos do mercado nas políticas públicas. Souza e Cunha (2013) apontam a existência de um avanço do modelo empresarial capitalista na nossa sociedade, de tal forma que se estabelece como natural que: "As famílias, os indivíduos, os bairros, as instituições públicas, ainda que educacionais ou de saúde, devem ser geridas

como uma empresa" (SOUZA; CUNHA, 2013, P. 657). Tal perspectiva nega a saúde e a educação como direitos de todo o cidadão, conforme determina a Constituição Federal de 1988.

Em meio a toda essa transformação, houve, em Campinas, a contratação de novos profissionais, via concurso público, para ocupar os cargos na AB e para os futuros Centro de Atenção Psicossocial Infantil e Capsad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas). Certamente algo positivo dentro dessa conjuntura difícil por ser um investimento da Prefeitura nessa área. Por outro lado, demonstra um certo desinvestimento na parceria com o SSCF para novas empreitadas, mantendo-o reduzido às suas atuais 'obrigações'.

A implantação dos serviços mais recentes na saúde mental como o Consultório na Rua (2012) e a Unidade de Acolhimento (2013), que eram aventados desde 2010, ocorreu seguindo as definições ministeriais e beneficiando-se do financiamento federal, no bojo das publicações de portarias, decretos e planos de 'enfrentamento do *crack*' entre 2009 e 2011. Pode-se dizer, sem querer retirar o mérito e a potencialidade desses serviços, que tais implantações tiveram um caráter mais reativo e oportunista do que de criação de alternativas para os problemas locais.

A situação tornou-se mais preocupante quando o governo municipal passou a atacar o modelo da Reforma Psiquiátrica, como ocorreu em abril de 2013, com o anúncio de implantação do Cratod (Centro de Referência de Álcool Tabaco e outras Drogas), em uma parceria com o governo do estado de São Paulo, criando, certamente, um fluxo propício e ágil para internações em comunidades terapêuticas e internações compulsórias. Tal iniciativa provocou protestos tanto no dia do seu anúncio como em manifestação organizada, no mês seguinte, diante do Paço Municipal.

Diante dessas mudanças, trabalhadores, gestores, usuários, familiares e acadêmicos promoveram eventos em defesa da saúde mental, tais como: Reafirmando o Contrário (2013), Resiste Campinas (2013 e 2014) e Mostra de Práticas de Saúde Mental (2015). Também foram redigidas cartas-manifesto direcionadas à Prefeitura, e ocorreram manifestações no Conselho Municipal de Saúde e em outros espaços públicos. Até mesmo o tradicional bloco de carnaval Unidos do Candinho[2] aderiu ao tom de protesto ao adotar a resistência como tema em 2014 (Arte e Resistência) e 2015 (Resistir com Arte).

A história e o acúmulo de práticas deixam marcas, mas os atuais sujeitos, no cotidiano, são desafiados a definir seus rumos e a lutar por eles. Em estudo recente, Oliveira (2014) identificou a relevância do apoio matricial na área de saúde mental em Campinas, mas que esse arranjo não tem encontrado suporte da gestão municipal, que investe pouco em espaços para reflexão da prática e da formação profissional e adota uma lógica produtivista e desvalorizadora dos espaços de encontro. A autora conclui que "realizar Apoio Matricial em Campinas atualmente significa empreender resistência política e que a cogestão ainda constitui uma proposta contra hegemônica" (OLIVEIRA, 2014, P. 147).

## O Fórum Colegiado de Saúde Mental: um dispositivo singular para construção do cuidado em rede

No âmbito da saúde mental em Campinas, há os Fóruns Colegiados de Saúde Mental, espaços coletivos que existem nos cinco distritos de saúde da cidade, com composições e dinâmicas variadas, sem perder a dimensão colegiada, que tem como objetivo a "pactuação dos projetos de saúde mental na perspectiva da construção de redes de cuidado, seja a partir da discussão de casos ou não" (DORIGAN, 2013, P. 76). Segundo essa autora, trata-se de uma experiência singular de Campinas

[2] O Bloco Unidos do Candinho, organizado por usuários e trabalhadores do SSCF, desfila pelas ruas todos os anos desde 1993

iniciada em 1998, antes de qualquer diretriz ministerial sobre rede de cuidado.

A denominação desses espaços coletivos como Fórum Colegiado de Saúde Mental foi dada por Dorigan (2013), ao considerar a variedade de temas abordados e a presença de participantes com diferentes inserções na rede de saúde. Nesses Fóruns, dada a diversidade de profissionais e serviços participantes, ocorre a transversalidade – conceito elaborado por Félix Guattari (LOURAU, 2014), que diz respeito à comunicação máxima que se efetua entre os diferentes níveis e sentidos no âmbito de um grupo e/ou de uma organização. Isso permite ao grupo escapar dos especialismos, trabalhar de forma mais interdisciplinar e lidar melhor com as diferenças.

Esses Fóruns, segundo Dorigan (2013), são potentes para a construção e avaliação das políticas públicas, além de serem acolhedores e importantes para a troca de experiências e produção de conhecimento entre os trabalhadores envolvidos, inclusive nos momentos mais críticos. Permite colocar em análise os arranjos organizacionais, como o apoio matricial, e sua operação-eficácia.

Devido à importância desses Fóruns na qualificação do cuidado em saúde mental, torna-se relevante investigar como a atual conjuntura permeia um deles, situado em uma região de alta vulnerabilidade social do município, e quais são os movimentos de resistência entre os seus participantes no desenvolvimento das suas práticas profissionais, tanto individuais como coletivas, para promover a articulação do cuidado em rede.

## Pesquisa de campo: método, sujeitos e estratégias

Este artigo, na perspectiva da metodologia qualitativa, analisa a trajetória de um Fórum Colegiado de Saúde Mental durante um ano (junho de 2014 a junho de 2015), no qual o movimento de resistência dos profissionais participantes emergiu diante de uma proposta extraída em um coletivo de gestores. O primeiro autor acompanhou essa trajetória por meio de observação participante e registro em diário de pesquisa, que é uma ferramenta potente no âmbito da Análise Institucional (AI) de acordo com Pezzato e L'Abbate (2011). Foram também realizadas entrevistas semiestruturadas com intuito de complementar as informações com as concepções e opiniões de cada um dos integrantes do Fórum sobre determinados aspectos dessa construção do trabalho em rede. O projeto de pesquisa foi cadastrado na Plataforma Brasil (CAAE: 41629515.7.0000.5404) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas em parecer emitido em 09/04/2015.

A análise do material utilizou conceitos da AI, como implicação e analisador. Conforme ressalta Lourau (2014), implicações de ordem afetiva, ideológica e profissional estão sempre presentes na relação dos sujeitos com as instituições e também nos vínculos estabelecidos com a sociedade mais ampla. Lourau (2014, P. 303) denomina analisador "àquilo que permite revelar a estrutura da organização, 'provocá-la, forçá-la à falar'" (grifo nosso). Diante de um analisador, não é possível os sujeitos isentarem-se da tomada de posição, de modo que explicitam suas implicações com as instituições e os modos de agir.

Movimentos de resistência mantêm estreita proximidade com a noção de analisador – como pode-se verificar na discussão a seguir – justificando a importância de esmiuçar tais movimentos para analisar as contradições institucionais.

## A análise 'pelas' resistências nos movimentos institucionais

René Lourau e Georges Lapassade, ao fundar

a AI nos anos 1960/70 na França, propuseram um referencial teórico que articulou teoria e prática, buscando, seja sob a forma de investigação, seja de intervenção, abordar como os sujeitos formam e colaboram para provocar dialeticamente movimentos inovadores/instituintes nos grupos e organizações. (L'ABBATE, 2012).

Para Lourau (2004B, 2014), as instituições são dialeticamente constituídas por momentos instituídos e instituintes que resultam em processos de institucionalização. Como instituído, entende-se a ordem estabelecida, os valores, os modos de representação e de organização considerados normais, assim como os procedimentos habituais de previsão (econômica, social e política). Por outro lado, a contestação e a capacidade de inovação podem ser colocadas como sendo instituintes. Dessa forma, o instituído depende do instituinte para progredir, enquanto o instituinte depende do instituído para seguir com o projeto de transformação permanente.

Monceau (1997), na perspectiva da socioanálise – a AI em situação de intervenção –, elaborou um conceito de resistência operatório e dinâmico, com a finalidade de ampliar sua utilização no trabalho de formação que ele realizava com os professores franceses de ensino primário e secundário. Ainda que Monceau tenha trabalhado no campo educacional, e em outro contexto social, considerou-se a possibilidade de aplicar este conceito de resistência, visando compreender melhor a atuação dos profissionais no Fórum Colegiado de Saúde Mental que funciona em uma das regiões de Campinas.

Para melhor situar o problema da resistência, Monceau (1997) analisa três movimentos quanto à existência/permanência das instituições: institucionalização, autodissolução e transdução. O movimento de 'institucionalização' é descrito como o processo pelo qual a instituição se produz, o que nem sempre é puramente positivo, na medida em que cada instituição convive o tempo todo com sua negação. Assim, uma instituição pode, inclusive, produzir o fracasso de sua profecia inicial, ou seja, negar o objetivo que justificou sua fundação e até desaparecer. Decorre daí,

> [...] o conceito de 'autodissolução' que corresponde a um modo de desaparecimento súbito das formas sociais, mas também do processo permanente de degradação que altera seu projeto [inicial], sua ideologia, seu funcionamento. (MONCEAU, 1997, P. 47, TRADUÇÃO NOSSA, GRIFO NOSSO).

Trata-se da negação sempre presente na dinâmica do trabalho. Os conceitos de institucionalização e autodissolução, portanto, não podem ser dissociados, pois o primeiro contém, de certo modo, o segundo, visto que qualquer instituição pode algum dia se dissolver. Os efeitos das suas contradições, traduzidas mais comumente como 'tensões' e/ou 'conflitos' mais ou menos 'latentes', podem crescer ou permanecer imperceptíveis por muito tempo e serem atualizados repentinamente.

A 'transdução', conceito atribuído a Gilbert Simondon, com inspiração nas leis da Física (SIMONDON, 1989 *APUD* COMBES, 1999), refere-se ao movimento de um acontecimento ou partícula que aos poucos provoca uma desorganização dos campos de força, em um determinado grupo ou instituição (GUILLIER; SAMSON, 1997-1998)[3].

De acordo com Lourau (2004A, P. 213):

> Simondon procura pensar a relação sujeito-objeto com base na 'transdução'. Como no espectro das cores, dois polos extremos e periféricos [o preto e o branco] são finais, limites. É a partir do centro (o verde-amarelo) que se sucedem as várias cores localizáveis e designáveis, fundando-se umas nas outras. Este movimento, resultado de potencializações e atualizações é a transdução.

[3] "Conceito atribuído a Simondon, a transdução designa o movimento pelo qual um acontecimento, uma partícula propaga pouco a pouco uma desorganização dos campos de forças, criadora de formas novas" (GUILLIER; SAMSON, 1997-8, P. 29, TRADUÇÃO NOSSA).

Monceau (1997) destaca a relevância de atentar aos entremeios das relações institucionais nesses três movimentos e aos anúncios pouco perceptíveis, que se pode chamar de latentes, por eles revelarem os rumos tomados por uma determinada instituição, inclusive aqueles em direção à sua autodissolução.

A partir de uma investigação na literatura científica em diversas áreas do conhecimento, Monceau (1997) afirma ter sido conduzido a uma definição da resistência como força social em oposição a outra chamada poder, sendo que o equilíbrio entre elas tende a favorecer o segundo. Identifica que os usos e significados da palavra resistência têm dois polos, independentemente da disciplina, sendo que o primeiro faz referência à luta contra a opressão e tem caráter revolucionário, ao passo que o segundo é mais conservador e tende à preservação do que já existe.

Entretanto, o autor procura construir um conceito operatório de resistência, que possa contribuir para as práticas socioanalíticas e para as pesquisas em AI. Propõe a análise resistencial, que seria a análise 'pelas' resistências, não a tradicional análise 'das' resistências. A proposta é considerar as questões sociopolíticas envolvidas ao invés de concentrar-se apenas em um elemento deturpado ou desviante do funcionamento normalmente esperado. Ou seja, tomar a resistência como analisador das contradições institucionais.

Com a pretensão de formular um conceito que fosse dinâmico e operativo, Monceau (1997) o apresenta composto em três instâncias que constituem os momentos dialéticos: ofensivo, defensivo e integrativo. Esclarece que eles se contradizem entre si, pois: 1) o 'defensivo' tem origem na obra freudiana e corresponde ao momento conservador; 2) o 'ofensivo' corresponde ao polo mais revolucionário; 3) o 'integrativo' é uma alternativa a essa oposição, sem ser capaz de ser situado entre eles.

Esse autor ilustra *(figura 1)* a relação entre os três, com a ressalva de que a representação não deve ser tomada como estática, mas sim em movimento, e sua análise deve ter um caráter dinâmico. Afirma que a força social designada de resistência implica necessariamente, na sua atualização, para a constituição de um poder, e que existem 'zonas de interferências', nas regiões de encontro entre os momentos.

Figura 1. A representação dialética dos três movimentos do conceito de resistência

Fonte: Monceau (1997, TRADUÇÃO NOSSA).

O 'momento defensivo', para o autor, é quando a autodissolução domina a institucionalização, então esse movimento identifica-se à resistência e tende à destruição do poder. Nota-se uma parte da intransigência que corresponde à autopreservação sem qualquer compromisso com o poder; e outra parte de sobrevivência, na qual há formação de defesa da integridade física, mental e coletiva em uma situação vivida como extrema.

No 'momento ofensivo', a busca é pela constituição de um novo poder contrainstitucional, dentro da forma social ou fora dela. Dentro desse momento, observa-se a intransigência como constituição de um novo poder sem qualquer compromisso com o poder dominante, ou seja, cria-se uma dissidência. Já a integração conflituosa remete ao estabelecimento de um novo poder na contradependência do poder, como no caso da resistência que adota um modo institucional da ação (por exemplo, o sindicalismo).

O 'momento integrativo' mantém uma relação com a negatividade da autodissolução, na qual a resistência tende à assimilação para evitar o desmanche. A resistência é reprimida e permanece latente, acumulando tensões e conflitos sem serem abordados no processo institucional. A sobrevivência também compõe esse movimento, envolvendo falsidade, dissimulação, absenteísmo, retirada, perda de interesse e qualquer outra estratégia para permanecer integrado e protegido. Outra parte desse movimento é a integração conflituosa, que ocorre quando, por exemplo, um grupo minoritário é integrado ao grande grupo por meio de brincadeiras grosseiras.

Monceau (1997) explica que os três eixos centrífugos sugerem três formas de potencialização: 1) em direção ao desaparecimento do poder, destruindo-o; 2) em direção

ao desaparecimento da resistência pela assimilação ao poder; 3) em direção à construção de um novo poder que seja alternativo. Da mesma forma, considera a potencialização a partir das 'zonas de interferência': 1) pela intransigência, desviando das normas que sustentam o poder pela recusa; 2) a partir da sobrevivência pela morte física, desestruturação psíquica ou despersonalização; 3) a partir da integração conflituosa com o cruzamento das fronteiras, a fuga ou a deserção.

A resistência, segundo Monceau (1997), só tem sentido no contexto institucional quando ela anuncia algo e contribui para analisar a instituição. Em outro texto, Monceau (2008) analisou intervenções que realizou com professores de diversas organizações francesas de ensino primário e secundário em um período de 14 anos (1992 a 2006). Nas intervenções, com caráter de formação e produção participativa de novos conhecimentos, havia a proposta dos participantes analisarem as suas práticas, considerando suas implicações pessoais e em relação ao contexto institucional, como forma de evitar que a reflexão se encerrasse em uma noção de que a prática profissional fosse uma mera produção individual. O autor considera que, ao se colocar as instituições em questão, abre-se a possibilidade de tratar as ações de resistência de outra maneira. Para Monceau (1997, 2008), a resistência deve ser tratada como analisador das instituições.

O analisador, que é um dos principais conceitos da AI, foi inicialmente utilizado por químicos e físicos como um elemento natural ou construído, capaz de decompor a realidade material em seus elementos componentes para experimentações e análises. Isto é, trata-se de um elemento capaz de produzir revelação. Na prática da AI, os analisadores têm uma primazia sobre o analista, de tal forma que o trabalho do analista é justamente localizá-los no grupo para provocar a análise (LAPASSADE, 1979).

## Movimento de resistência pela manutenção de um dispositivo de articulação de rede

Em uma das regiões mais vulneráveis e periféricas da cidade de Campinas, três Centros de Saúde (CS) sofriam com alta rotatividade de profissionais de saúde mental e chegaram a passar períodos sem nenhum, refletindo as dificuldades de convênio entre Prefeitura e SSCF, conforme mencionado no início deste texto. Em 2013, havia uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional atuando na região, com pouca articulação com os demais serviços da rede e sem conseguir aproximar as equipes da Atenção Básica com os Caps. Nem mesmo a estratégia de visitas domiciliares conjuntas do Centro de Atenção Psicossocial com um dos CS promovia ganhos para o compartilhamento do cuidado, pois contava apenas com a participação de agentes comunitários de saúde, sem conseguir angariar novas parcerias. O 'assento' formal em um Fórum Colegiado de Saúde Mental mais ampliado que supostamente abrangia esse território era apenas uma formalidade, pois não tinha participação de nenhum representante da região.

Em meio à crise na relação entre Prefeitura e SSCF (em junho de 2013), em uma reunião no Distrito de Saúde[4] que contou com a presença de profissionais da AB e dos Caps, bem como gestores locais e distritais, foi criado o primeiro Fórum Colegiado de Saúde Mental nessa região com a perspectiva dos Caps se aproximarem mais desse território e ser um dispositivo para disparar ações de compartilhamento de cuidado a partir da discussão de casos. Na sua composição, foram incluídos profissionais de saúde mental e das equipes de referência da AB, profissionais do Centro de Atenção Psicossocial e do Capsad, além da abertura para participação de membros da gestão local e distrital.

Ao longo de um ano, em um processo de

[4] Campinas conta com cinco Distritos de Saúde.

institucionalização, os encontros do Fórum passaram a ser quinzenais, e foi incluída uma interconsulta mensal com a psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial deslocando-se aos CS. De modo que, pela necessidade avaliada pelos seus membros, passaram a existir três encontros mensais.

Entretanto, em maio de 2014, duas profissionais do Centro de Atenção Psicossocial foram convidadas a participar de uma reunião com os gestores locais e distritais para avaliar como estava o cuidado em rede na área de saúde mental. A gestora de um CS avaliou que o Fórum estava funcionando mal, o que surpreendeu as duas profissionais já que nenhuma queixa havia sido levada para o Fórum até então e elas avaliavam bem o espaço. Entretanto, essa má avaliação determinou a elaboração de uma proposta, nesse espaço de gestores, de diminuição para uma reunião mensal e a manutenção da interconsulta.

Quando as profissionais do Centro de Atenção Psicossocial repassaram a proposta no encontro seguinte do Fórum, houve uma surpresa geral entre os participantes que discordaram tanto da avaliação negativa quanto da ideia de diminuição dos encontros. O coletivo passou a justificar a necessidade de preservação do atual formato. Um dos médicos da AB enfatizou que só mantinha os atendimentos de saúde mental – pelos seus cálculos, cerca de 60% dos seus atendimentos –, pois contava com essa retaguarda técnica. Um psicólogo do Capsad argumentou que esse Fórum estava funcionando dentro da proposta do matriciamento (indicação de políticas de saúde), mantendo discussões de alta qualidade e disparando outras ações (capacitações, visitas e consultas compartilhadas etc.). Outros profissionais dos CS valorizaram o espaço para o desenvolvimento de suas ações de saúde mental no cotidiano, reconhecendo a importância desse espaço para lidar com os casos complexos, que causam impacto afetivo e reflexão sobre os valores morais.

Para uma das profissionais do Centro de Atenção Psicossocial que ficou na delicada intermediação entre o coletivo de gestores e o Fórum, essa reunião teve grande importância:

> *Eu acho que esse dia foi muito importante, porque a gente se constitui como grupo de matriciamento. Antes não era tanto assim. A gente não tinha uma afinidade, uma cumplicidade. Nesse dia, a gente conseguiu se fortalecer muito, porque tratamos das nossas dificuldades.*

De pronto, o Fórum rejeitou a proposta de diminuição dos encontros e passou a formular estratégias para justificar a sua relevância ante os gestores. O fato dos profissionais terem resistido a essa mudança de funcionamento do Fórum promoveu maior aproximação entre os membros mais ativos e um movimento de qualificar ainda mais o espaço, especialmente na melhor organização dos encontros e preparação dos casos para discussão.

Tal movimento de defesa do cuidado em rede favoreceu a entrada de novos profissionais de saúde mental em uma lógica de trabalho em equipe, como conta um dos psicólogos da AB:

> *Quando eu entrei, estava havendo um movimento dentro do grupo de matriciamento de afirmação dessa prática, porque estava havendo alguns boicotes. Eu via alguns profissionais se posicionarem e argumentarem em favor dessa rede, e eu estava com a angústia de um profissional que tinha uma experiência de trabalho em consultório com atendimentos em série. Comecei a assimilar um pouco do discurso desses profissionais, porque ele realmente fazia sentido na minha prática, me aliviava muito.*

A gestão não insistiu na proposta de diminuição no próprio Fórum, mas houve algumas cobranças dirigidas aos profissionais de saúde mental e aos médicos alocados na AB, no sentido de aumentar o número de

atendimentos individuais em detrimento do trabalho com as equipes e outros serviços, exigindo que o Fórum se posicionasse diante dos gestores. A estratégia elaborada foi a de realizar uma supervisão clínico-institucional com a presença de gestores locais e distritais, tendo a intenção de exibir o nível de complexidade dos casos e consequentemente a necessidade de preservação da frequência dos encontros. Essa supervisão, além da discussão do caso em si, possibilitou a análise das convergências e divergências entre profissionais e gestores quanto ao formato da articulação em rede nessa região.

Após a supervisão, ainda permaneceram alguns resquícios do mal-estar entre os profissionais e os gestores, mas o Fórum fortaleceu a sua sustentação, e a apoiadora de saúde mental do distrito passou a defender com mais ênfase o Fórum perante os demais gestores.

## Resistência como analisador da gestão e da saúde mental em Campinas

Conforme a descrição de Monceau (1997) sobre os movimentos de resistência, pode-se dizer que o Fórum adotou uma posição na intersecção entre o momento defensivo e ofensivo, denominado pelo autor de 'intransigência'. Nessa situação, os membros do Fórum, para defender o formato do espaço, adotaram movimentos ofensivos, não se submetendo às decisões tomadas em uma reunião de gestores e colocando em análise os motivos da proposta e as razões para a sua recusa. A intransigência, nesse caso, teve espaço para ser elaborada entre os seus membros, não sendo fruto de um comportamento insensato ou de comodismo.

Percebe-se, retomando o conceito de transdução, que houve atualização e potencialização de caráter transdutivo da resistência pela intransigência nesse Fórum, pois, segundo Monceau (1997), isso ocorre quando, pela recusa, há um desvio das normas que sustentam o poder. No movimento de resistência desse Fórum, houve uma recusa em seguir a 'hierarquia da gestão', ao não tomar as palavras de uma gestora como verdadeira e uma ordem a ser seguida, e assumir a dianteira na gestão do Fórum; e também houve uma recusa em entrar na 'ordem do enquadre', mantendo um espaço coletivo de saúde mental com uma frequência que possibilita criações.

Sobre a reação perante a 'hierarquia da gestão', nota-se que, em um primeiro momento, a avaliação do Fórum é feita fora dele, com a fala de uma gestora sendo tomada como palavra definitiva, orientadora de ações e motor para mudanças decididas em um espaço de gestores para depois ser levada 'pronta' para os profissionais em um encontro do Fórum. Ou seja, tal avaliação sobrepôs 'naturalmente' à dos demais profissionais. Tal pressuposição da hierarquia não é algo apenas de gestores, pois os próprios profissionais que estavam presentes na tal reunião no Distrito assumiram a tarefa de repassar a má avaliação e a proposta de redução de encontros. Nem mesmo a discordância com relação à decisão promoveu uma recusa em levar adiante a decisão naquele momento. O movimento de resistência foi potencializado no próprio Fórum, quando a análise foi feita pelo coletivo.

Tal resistência, como um analisador, oportunizou a possibilidade de reposicionamentos dos envolvidos (profissionais e gestores). O evento teve como efeito a tomada de gestão do Fórum pelos próprios participantes, que passaram a defender mais o espaço e a organizar o seu funcionamento. A gestão não confrontou esse movimento do Fórum, respeitando as suas decisões, que eram fundamentadas, e demonstrando que a experiência mais colegiada e democrática na gestão da saúde campineira deixou algumas marcas. Essa gestão mais autônoma do Fórum provocou nos seus integrantes

movimentos para qualificação da sua finalidade de compartilhamento do cuidado, inclusive oportunizando a análise das práticas profissionais, com abertura para revisões e novas construções entre seus membros e gestores. Dentro de um processo de deslocamento da prática profissional frequentemente proporcionado pelos desafios cotidianos e pelas análises empreendidas nesse Fórum, um dos membros argumenta que:

> *O Fórum deve funcionar e ser priorizado, porque é uma espécie de formação a longo prazo do profissional. Sem falar nos ganhos pessoais. Ele aumenta a autoestima profissional e a autoconfiança. Eu acho que o profissional munido desse sentimento, rende bem melhor.*

Além da gestão, esse movimento de resistência permite analisar a força do enquadre diante da inovação na atual conjuntura campineira, pois um Fórum que evidentemente estava, a partir da identificação das necessidades locais, conseguindo desenvolver diversas ações dentro das proposições de cuidado em rede, foi atravessado por uma indicação de que estava 'fazendo demais'. O que leva a interpretar que o enquadre das produções na área de saúde mental (parâmetros definidos em políticas e portarias) indica a necessidade de haver 'ações de articulação em rede', mas esse não pode ser muito: 'deve apenas existir'. O que é um grande equívoco, pois para esse Fórum, por exemplo, a frequência maior de encontros é o que permite a construção do trabalho em rede, segundo os entrevistados porque há muitos usuários que demandam a construção de estratégias de compartilhamento, visto que os casos apresentam alto nível de complexidade e há barreiras de acesso e dificuldades de seguimento do cuidado em outros serviços devido à alta vulnerabilidade dessa população e distância dos demais equipamentos públicos. Uma profissional do Centro de Atenção Psicossocial, que participa do Fórum, enfatiza a importância dessa frequência:

> *Alguns podem achar que é muito tempo. Mas eu acho que isso é necessário para lógica de trabalho em rede, as construções conjuntas e o trabalho junto com a Atenção Básica.*

A resistência empreendida por esse coletivo também é um analisador da desvalorização do trabalho em rede na saúde mental na atual conjuntura, considerando que se trata de um coletivo que só conseguiu se institucionalizar recentemente e sofreu uma ameaça de dissolução após menos de um ano do seu funcionamento. Entretanto, além de defender a sua preservação, o coletivo integrou profissionais de CS da Prefeitura e Caps do SSCF – em um movimento oposto ao que ocorre entre as entidades no âmbito municipal –, evidenciando a forte disposição-investimento-implicação desses diversos profissionais com o trabalho em rede, com a qualidade da saúde mental e com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo diante das ameaças de desmonte e fragmentação.

## Considerações finais

A resistência, ao expor movimentos de contradição, pode alimentar diversas análises. Pela dialética, as contradições são sempre fontes para entender os movimentos institucionais. As resistências podem ser movimentos de comodismo ou retaliação, mas podem ser movimentos de sustentação de boas práticas em conjunturas de precarização. Para que as resistências possam sair da paralisia e adquirir movimento, elas devem ser analisadas em coletivo incluindo às dimensões institucionais que as permeiam. A recusa à proposta, por exemplo, deve servir de elemento de análise para a situação.

Há um processo em que a regulamentação e o enquadre têm sobressaído na saúde mental em Campinas, o que reduz horizontes mais criativos e singulares. As saídas para os frequentes desafios, dessa forma, tornam-se

mais estreitas, espremendo as práticas profissionais e de gestão. Espaços coletivos, como o Fórum Colegiado de Saúde Mental, parecem potentes para reanimar a criatividade necessária para o cuidado singular e qualificado em saúde mental. Certamente, configuram-se em espaços de resistência.

Ou seja, muitos profissionais de saúde mental de Campinas, diante de uma conjuntura adversa que coloca os espaços coletivos e de articulação entre serviços em risco de dissolução, ainda resistem e trabalham para implementar o cuidado em rede. O acúmulo dessas práticas coletivas poderá, sem dúvida, produzir avanços mais permanentes no atendimento à saúde mental, até porque o Fórum deve continuar a funcionar pelo posicionamento declarado dos seus membros.

Além disso, espera-se que esta experiência possa inspirar análises semelhantes em outros locais, que, dada a situação atual do SUS em todo o Brasil, certamente podem estar vivenciando situações semelhantes à do município de Campinas. ■

## Referências


AMARANTE, P. *Loucos pela vida:* a trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sobre os novos procedimentos de CAPS.* Nota técnica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/29/Documento-Sobre-Procedimentos-de-CAPS-RAAS-PSI.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2015.

CAMPOS, F. C. B. *O modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos.* 2000. 178f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2000.

COMBES, M. *Simondon Individu et Collectivité:* pour une philosophie du transindividuel. Paris: PUF, 1999.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saude Soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, dez. 2011.

DORIGAN, J. H. *Fóruns colegiados:* espaços transversalizados na construção da atenção em Saúde Mental de Campinas. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2013.

FIGUEIREDO, M. D.; SANTOS, D. V. D. A rede de saúde do município de Campinas (SP): peculiaridades e inovações. In: ONOCKO CAMPOS, R. T. *et al.* (Org.). *Pesquisa avaliativa em Saúde Mental:* desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec, 2008.

GUILLIER, D.; SAMSON, D. Implication: des discours d'hier aux pratiques d'aujourd'hui. *Les cahiers de l'implication. Revue d'analyse institutionnelle.* n. 1, p. 17-29, 1997-1998.

L'ABBATE, S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma

articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 194-210, 2012.

_____. *Direito à saúde:* discursos e práticas na construção do SUS. São Paulo: Hucitec, 2010.

LAPASSADE, G. *El analizador y el analista*. Barcelona: GEDISA, 1979.

LOURAU, R. *A Análise Institucional*. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

_____. Implicação-transdução. In: ALTOÉ, S. (Org.). *René Lourau:* analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004a. p. 212-223.

_____. O instituinte contra o instituído. In: ALTOÉ, S. (Org.). *René Lourau:* analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004b. p. 47-65.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan./mar. 2010.

MONCEAU, G. Como as instituições permeiam as práticas profissionais: socioclínica institucional e formação de professores. In: PIMENTA, S. G.; FRANCO, M. A. S. (Org.). *Pesquisa em educação: possibilidades investigativas/formativas da pesquisa-ação*. v. 1. São Paulo: Loyola, 2008.

_____. Le concept de résistance en education. *Pratiques de formation: analyses,* n. 33, p. 47-57, 1997.

OLIVEIRA, M. M. *Apoio matricial na Atenção Básica de Campinas*: formação e prática. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2014.

PEZZATO, L. M.; L'ABBATE, S. Os usos de diários como ferramenta de intervenção da análise institucional: potencializando reflexões no cotidiano. *Physis,* Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1297-1314, 2011.

SOUZA, T. P.; 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 em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 655-663, out./dez. 2013.

Recebido para publicação em dezembro de 2015
Versão final em maio de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

# Vivências de ser trabalhador na agroindústria avícola dos usuários da atenção à saúde mental

## *Life experiences as workers in poultry agribusiness of users of mental health care*

Leila de Fátima Machado[1], Neide Tiemi Murofuse[2], Julia Trevisan Martins[3]

**RESUMO** Neste estudo, propôs-se revelar as percepções de trabalhadores da agroindústria avícola, adoecidos mentalmente, sobre as repercussões do trabalho em sua saúde. Os dados das entrevistas foram agrupados em categorias: a) organização do trabalho na agroindústria avícola, b) mudança física e psicológica no trabalhador, c) uso de drogas psicoativas para suportar o trabalho, d) melhorar o nível escolar para produzir mais, e) medo de ser demitido e falta de reconhecimento, f) convivendo com preconceito da doença mental, g) assédio sexual e moral. Os trabalhadores estão submetidos ao modelo de gestão que associa taylorismo, fordismo e toyotismo, o qual lhes compromete a saúde física e mental.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde do trabalhador. Doenças profissionais. Saúde mental.

**ABSTRACT** *This study aimed at revealing the poultry agribusiness workers' perceptions, who got mentally ill, about the impacts of their work activities. Data obtained during the interviews were grouped into categories as: a) labor organization in the poultry agribusiness, b) worker's physical and psychological changes, c) use of psychoactive drugs to stand the work, d) an opportunity to improve the school level and produce more, e) fear of being fired and the lack of recognition, f) dealing with prejudice of mental illness and g) sexual and moral harassment. Workers are submitted to the management model that associates Taylorism, Fordism and Toyotism, which impairs their physical and mental health.*

**KEYWORDS** *Occupational health. Occupational diseases. Mental health.*

[1] Secretaria Municipal de Saúde – Toledo (PR), Brasil.
*mf_leila@hotmail.com*

[2] Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Biociências e Saúde – Cascavel (PR), Brasil.
*neidetm@terra.com.br*

[3] Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.
*jtmartins@uel.br*

 DOI: 10.1590/0103-1104201611010

# Introdução

O modo de produção capitalista tem como meta principal o acúmulo de capital e o lucro. Assim, tanto as condições laborais quanto o processo de organização desse trabalho são direcionados para a produção e obtenção de lucro, sem considerar o bem-estar do homem (ORSO *ET AL.*, 2001). Ao trabalhador, na condição de não proprietário dos meios de produção, cabe vender sua força de trabalho para sobreviver e trabalhar sem o acesso ao produtos e sem controle das condições em que são produzidos. Assim, ele pode viver uma situação conflituosa, pois, se, por um lado, o trabalho pode garantir a sua vida, por outro, pode causar doenças, sofrimentos, sequelas e até mesmo a morte.

Franco, Druck e Seligman-Silva (2010, p. 230), ao analisarem a relação capital/trabalho decorrente das profundas metamorfoses ocorridas no mundo do trabalho, especialmente nas últimas três décadas, denunciam importantes retrocessos sociais que têm disseminado

> [...] uma era de precarização social e de trabalho socialmente desagregador, terreno fértil para o sofrimento e o adoecimento dos indivíduos, configurando o trabalho patogênico.

Os autores complementam dizendo que a atual forma de organização do trabalho tem submetido as pessoas a um ritmo intenso, pressão e intensificação do controle, exigência de cumprimento de metas inalcançáveis, redução do tempo de descanso e pausas, rotatividade no trabalho, entre outros aspectos que têm concorrido para a fragilização dos trabalhadores que, além das perdas de direitos trabalhistas, salariais e da proteção social do trabalho, estão mais vulneráveis a acidentes e a doenças do trabalho.

Estudos mostram que há um aumento no número de pessoas que adoecem e se afastam do trabalho pelos mais variados motivos de saúde (HANDAR, 2012), porém, os de ordem mental e comportamental têm se tornado os mais prevalentes e se configuram entre as maiores causas de afastamento de longo prazo (SELIGMANN-SILVA, 2009). O relatório da IV Conferência Nacional da Saúde do Trabalhador e Trabalhadora revela que os transtornos mentais e comportamentais são a terceira causa mais frequente de afastamentos do trabalho no Brasil, com a previsão de duplicar esse número até 2020 (BRASIL, 2015).

Entre os diversos tipos de atividades, têm-se os desenvolvidos em frigoríficos, em que estudos apontam que além de produzirem agravos e doenças físicas, como, por exemplo, a Lesão por Esforço Repetitivo (LER), podem favorecer a ocorrência do adoecimento mental (MAGRO *ET AL.*, 2014, REMIJO; LARA, 2012, HECK; THOMAZ JÚNIOR, 2012, CÊA; MUROFUSE, 2010). Em pesquisa realizada por Heck e Thomaz Júnior (2012) com trabalhadores da agroindústria avícola, foi identificado que entre os anos de 2006 e 2008 foram concedidos 660 benefícios previdenciários por doenças osteomusculares e transtornos mentais aos trabalhadores de um frigorífico localizado na região Oeste do estado do Paraná, uma média de 220 ao ano.

Sabe-se que existe uma relação entre o trabalho e a doença, porém, ainda predomina a ideia que nega a existência do nexo entre trabalho e saúde mental (PAPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011), o que, em consequência, leva o trabalhador a ter dificuldades em obter o reconhecimento de que o agravo vivido tem origem ocupacional, seja por parte da empresa ou pelos profissionais da saúde (GLINA *ET AL.*, 2001, SATO; BERNARDO, 2005).

Merlo, Bottega e Perez (2014) afirmam que o trabalhador dificilmente procura um serviço de saúde para falar dos problemas vivenciados no seu trabalho, pois ele tem medo, receio, vergonha, entre outros. Esses autores ainda afirmam que o trabalhador também não é questionado sobre esse aspecto, e, assim, pode haver diluição dos problemas/queixa nas situações pessoais em que a responsabilidade única é da pessoa,

isto é, a culpa do adoecimento recai sobre o próprio indivíduo.

Diante do exposto, neste estudo, objetivou-se revelar as percepções de trabalhadores da agroindústria avícola, adoecidos mentalmente, sobre as repercussões do trabalho em sua saúde. O estudo poderá contribuir para a análise das condições em que são realizadas as atividades de trabalho na agroindústria avícola, com base nas experiências e vivências dos trabalhadores, visando à elaboração de ações efetivas para a promoção da saúde, a fim de fortalecer os aspectos positivos do trabalho, diminuindo, assim, os agravos na vida deles.

## Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa. Nesta abordagem, tem-se maior preocupação com a compreensão aprofundada de uma dada realidade por meio da aproximação do pesquisador com os sujeitos nela inseridos (MINAYO, 2008).

Para tanto, utilizou-se o referencial teórico do campo da saúde do trabalhador, o qual concebe o trabalho como organizador da vida social e centraliza nele a determinação social do processo saúde-doença (MENDES; DIAS, 1991). Implica, portanto, a necessidade de olhar para o adoecimento dos trabalhadores a partir das relações destes com o mundo laboral.

Os locais do estudo foram um ambulatório de saúde mental e dois Centros de Atenção Psicossocial (Caps II e Capsad), que prestam assistência às pessoas acometidas por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) e dependência química, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), e que atendem a um município com 119.313 habitantes localizado na região Oeste do estado do Paraná. Destaca-se que essa é uma região com intensa produção avícola, envolvendo aviários, granjeiros, incubatórios, serviços de apoio para descarte de carcaças e cinco unidades industriais frigoríficas.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, audiogravadas e transcritas integralmente após autorização dos participantes. O roteiro das entrevistas continha perguntas fechadas, visando à caracterização sociodemográfica, e abertas, com perguntas norteadoras, para investigar as repercussões do trabalho na saúde mental e física dos trabalhadores e a possível relação entre o trabalho e a doença.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ambos os sexos, estar ou já ter trabalhado em setores da cadeia produtiva da agroindústria avícola e consentir e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os que apresentassem algum tipo de comprometimento para responder aos questionamentos e os menores de 18 anos.

Os possíveis participantes da pesquisa foram identificados por meio dos prontuários de atendimento dos serviços acima mencionados. O número de 14 participantes foi determinado pelo ponto de saturação teórica, isto é, quando ocorreu a repetição das respostas, ou quando as falas dos indivíduos não mais apresentaram algo novo ou diferente do que já havia sido verbalizado (MINAYO, 2008).

As falas dos entrevistados foram submetidas à transcrição, seguidas da leitura e releitura delas. Na sequência, realizou-se a codificação das informações, a qual consistiu em identificar palavras, frases, temas ou conceitos persistentes, destacando-se aqueles referentes ao fenômeno a ser investigado. Na última fase, procedeu-se à categorização dos códigos que foram preestabelecidos, agrupados em sete categorias, conforme suas similaridades temáticas: a) organização do trabalho na agroindústria avícola, b) mudança física e psicológica no trabalhador, c) usando drogas psicoativas para suportar o trabalho, d) oportunidade de melhorar o nível escolar para produzir mais, e) medo

de ser demitido e a falta de reconhecimento, f) convivendo com preconceito da doença mental, e g) assédio sexual e moral. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com o parecer número 524.288 de 07/02/2014.

## Resultados

Do total de 14 participantes, sete eram do sexo masculino, com idade entre 29 e 62 anos, e sete do sexo feminino, com idade entre 22 e 44 anos; cinco eram casados, cinco solteiros, três viúvos e um divorciado. No que tange à escolaridade, sete cursaram o ensino médio; dois, o ensino fundamental completo; três não o completaram e um possuía alfabetização funcional. A renda média era de um salário mínimo e meio (o valor do salário mínimo, à época, era de R$ 724,00).

Quanto ao diagnóstico, foi identificado, nos prontuários, que todos os participantes tiveram diagnósticos médicos que se enquadravam entre os TMC listados pela Classificação Internacional das Doenças/CID-10. Entre estes, sete pessoas estavam com doença relacionada ao trabalho, de acordo com Portaria nº 1.339, de 18 de novembro de 1999 (BRASIL; OPAS, 2001); três por episódios depressivos e quatro por alcoolismo crônico. Entretanto, nenhum registro nos serviços de saúde atestou relação entre a doença e o trabalho dos entrevistados.

Em relação ao setor de trabalho dos entrevistados, a maioria deles atuava nas áreas industriais dos frigoríficos, nas quais ocorre o processamento dos frangos por meio de esteiras e nóreas em linhas de produção; e na granja e aviário, locais onde há produção de ovos e posterior crescimento e engorda dos pintos que são alojados nos aviários logo após o nascimento, permanecendo até o seu abate por aproximadamente 43 dias. Quanto à função, dez entrevistados exerciam a de operador de produção; três, a de auxiliar de produção; e um, a de apanhador de frango. A atividade era realizada em turnos de 10 horas diárias de trabalho, com frequente realização de horas extras nem sempre remuneradas, mas, computadas como banco de horas. Constatou-se a presença da flexibilização das relações de trabalho por meio de terceirizações, e o tempo de serviço dos entrevistados variou de 18 dias a 24 anos *(quadro 1)*.

Quadro 1. Distribuição dos entrevistados segundo setor de trabalho, função, carga horária, vínculo e tempo de serviço de trabalhadores da agroindústria avícola, Toledo, 2014

| Nº | Setor | Função | Horário | Carga horária/dia | Hora extra horas/dia | Vínculo | Tempo de serviço (anos) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| E1 | Sala de corte; Líder | Aux. Prod. | 05:30 à 16:00 | 10 | Banco de hs | CLT | 1,3 |
| E2 | Sala de corte; Pendura de frango | Op. Prod. | 17:00 à 03:00<br>14:30 à 00:30 | 10 | 0,5 | CLT | 2 |
| E3 | Seladora | Op. Prod. | 16:00 à 02:10 | 10 | 1 | CLT | 9 |
| E4 | Cone; Refile | Op. Prod. | 15:00 à 00:40 | 10 | 2 | CLT | 2 |
| E5 | Galpões de aviários | Apanhador de frango | 14:00 à 00:15 | 6 | 2 | CLT (6m) | 15 |
| E6 | Refeitório; Empanados; Controle de temperatura | Op. Prod. | 02:40 à 12:10 | 10 | 1 | CLT | 14 |

Quadro 1. (cont.)

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| E7 | Viveiro; Horta; Granja | Op. Prod. | 04:55 à 13:15 | 9 | NI | CLT | 24 |
| E8 | Desossa | Op. Prod. | 14:00 à 00:15 | 10 | 2 | CLT | 5 |
| E9 | Higienização; Desossa; Capitão de equipe | Op. Prod. | 21:25 à 04:55 | 7,3 | 1 | CLT | 19 |
| E10 | Sala de corte; Embalagem (caixas) | Aux. Prod. | 15:15 à 01:01 | 10 | 0,25 | CLT | 0,05 (18d) |
| | Entrega de cestas de Natal | NI | NI | NI | NI | Terc. | 0,25 |
| E11 | Controle de temperatura | Op. Prod. | 15:05 à 00:30 | 10 | 0,5 | CLT | 11 |
| E12 | Desossa; Higienização; Escaldagem; Pendura de frangos | Op. Prod. | 12:20 à 22:20 | 10 | 2,5 | CLT | 19 |
| E13 | Sala de corte; Embalagem | Op. Prod. | 14:20 à 00:10 | 10 | 0,5 | CLT | 1 |
| E14 | Sala de corte (copa, peito, Kakugiri, cabeça, classificação, cone); Higienização | Op. Prod. | 15:00 à 00:27 | 10 | 1 | CLT | 5,7 |

Fonte: Banco de dados do pesquisador extraídos das entrevistas realizadas entre março e maio de 2014.

NI: Não informado; Op. Prod.: Operador de Produção; Aux. Prod.: Auxiliar de Produção; CLT: Consolidação das Leis Trabalhistas; Terc.: terceirizado.

Os resultados provenientes dos conteúdos das falas dos entrevistados sobre as suas vivências no trabalho na agroindústria avícola são apresentados nas sete categorias temáticas descritas na sequência.

## Categoria 1: Organização do trabalho na agroindústria avícola

O trabalho realizado pela agroindústria estava organizado de maneira a garantir a produtividade, utilizando, para tanto, o

> *trabalho em linha, o tempo todo no mesmo local, desossando, era um trabalho cansativo, bastante difícil, forçava os braços e corpo fora de posição, doloroso e muito doentio para as pessoas.* (E12).

A empresa contava com pessoas no papel de controlador e vigilante da produção: *"tinha operador, tinha capitão que ficava olhando o tempo todo"* (E11) para garantir a produtividade e a qualidade dos produtos exigidas pelo mercado de carne internacional,

> *aquela pressão tinha que desossar e dentro daquela qualidade que o cliente deles exigia, aquele tipo exportação que vai pro Japão, sem excesso de pele, sem gordura, sem osso, sem cartilagem.* (E11).

O uso da esteira, da nórea e a postura estática do trabalhador garantiam o ritmo e a velocidade da produção: *"cada 18 a 20 segundos vinham uma perna e mesmo se você não tinha acabado de desossar uma tinha que pegar outra"* (E11). Para o alcance da meta, a empresa estabelecia a quantidade que deveria ser produzida em cada mesa:

> *tinha tantos funcionário por mesa, aquela mesa teria que produzir no final do mês, da semana ou do dia, a quantidade de perna desossada no caso, pra exportação, se não produzisse ficava aquele acúmulo de produção pra tirar em dia de sábado.* (E11).

As falas a seguir ilustram as condições de trabalho às quais estavam submetidos os entrevistados:

*Aquelas esteiras com os espaços e os números, por exemplo: eu tô ali no lugar que é o 10, então todo número 10 que passar a perna é minha. Às vezes a faca nem entrava, não interessa, as pernas continuam descendo, aí ia colocando do lado, então aquelas três que vai vir por minuto, tinha que desossar e ainda tirar as que estão do lado, ao mesmo tempo, quando a faca tava ruim eu não tinha tempo nem de respirar muito menos de conversar. Você depende da faca pra trabalhar, então se a faca estiver ruim, daí ataca os nervos, dá vontade de sair correndo, sofria muito e estressava muito com isso.* (E8).

*Vou lá no banheiro com 8 minutos, nem vai lá fazer direito e já pensando em retornar, o operador ou o capitão já te dá bronca porque demorou, não podia usar relógio, como é que ia saber o tempo que gastava então, a liberdade era bem pressionada.* (E9).

*Via que as facas tava mais ruins, ficando velhas, daria pra diminuir um pouco a velocidade, põe lá de 18 segundos põe 20 ou 21 segundos, mas, não, eles queria saber de produzir, não pro lado do funcionário nada, sempre falavam que tem frigorífico que faz até com menos. Ia no nosso sindicato, passava pra eles o que tava acontecendo e eles marcavam visita lá pra ver, com o Ministério do Trabalho, só que daí era um porém, quando eles marcavam a visita pra ver o nosso lado, lá mudava totalmente, as linhas trabalhava bem mais devagar, as pernas vinha bem mais controladas, as facas parece que já era bem melhor.* (E11).

Assim, além do controle do ritmo e da velocidade, e o controle do tempo para a satisfação das necessidades fisiológicas durante o processo de produção, o trabalhador era submetido ao controle do tempo desde a entrada com a troca de roupa:

*Depois que passou o crachá ali é cronometrado o tempo, fila pra pegar roupa pra você trabalhar, e é rapidão, se troca, entra. Além de toda a roupa, tinha que pôr a luva de pano pra aquecer, era muito frio, daí as luvas de plástico por cima, e a luva de aço, e aí você tem estar aquele horário lá pra estar na mesa. Não dava pra aguentar ficar dentro dela, calça forrada grossona, blusona de fora também forrada, tinha dias que a temperatura tava muito alta, essa roupa dava um desconforto e touca muito grande ficava caindo no seu olho, me sentia mal, aquela luva de aço apertando a sua mão.* (E8).

Ao longo do tempo de serviço dos entrevistados, houve quem testemunhou alterações no mundo do trabalho:

*agora mudou tudo, lá na granja mesmo mudou tudo, a ração não pesa mais, tudo automático, aperta o botão lá a ração vai lá em cima na caçamba, pesa, puxa a cordinha, caí na caçamba lá.* (E7).

Além da automação de equipamentos na agroindústria avícola, também houve mudança nas relações de trabalho:

*O serviço terceirizou, foi demitido bastante funcionário com 9 a 10 anos, uns saiu e voltou por terceirizado. O trabalho ia ser o mesmo, só ia ser terceirizado, daí os cara da empreiteira iam tá ganhando esse 300 por funcionário, mas eles iam tá repassado 180 pros funcionários.* (E11).

*Na época tava com 230 funcionários desossando, na época era 8 mesas, agora tão com 4 porque aumentou o tamanho da mesa, daí diminuiu a quantidade de mesa mas aumentou o tamanho, mas os números de funcionários continua o mesmo.* (E11).

## Categoria 2: Mudança física e psicológica no trabalhador

A cadência do ritmo de trabalho imposto pela máquina com repetitividade de movimento, posturas inadequadas, exposição a temperaturas altas e baixas, convivência com odores fortes, barulho excessivo, manuseio de instrumentos perfurocortantes, bem como a

pressão por produtividade característica do modelo de produção adotado no ambiente de trabalho, impactaram significativamente tanto o corpo físico quanto a mente dos trabalhadores, conforme se constata nos depoimentos a seguir:

> *Eu era de as pessoas fazer o que quisesse comigo e eu ficar quietinha, engoli, daí eu comecei a ver que trabalhando lá eu não podia ficar quietinha, e eu comecei a reagir, daí no dia que ele chegou lá e só não me chamou de santa, eu já cheguei na sala dele e ele já foi me excomungando, eu respondi ele, então ele pegou birra de mim, então quanto mais ele pudesse me judiar mais ele fazia.* (E8).

> *Eu era um cara forte fisicamente, estava num dos melhores momentos da vida, gostava de fazer música, eu era karateca, quase 7 anos de karate, tinha planos de entrar no campeonato paranaense de luta e estava me vendo aleijado e não admitia nunca perder a função que eu tinha no braço todo... retorna e tem que trabalhar, seja com um braço só quebrado, mesmo com dificuldade. Eu fui enfraquecendo psicologicamente, mas a gente precisava trabalhar, filhos menores, sem uma profissão, então, aguentei, mas percebi que eu já não tava mais dando conta de mim, tava desequilibrado, enfraquecido, fui pedir socorro médico e fui me tratar.* (E12).

A desconstrução de sonhos iniciais resultou em pesadelo ao trabalhador entrevistado: *"Era meu sonho entrar no Frigorífico B, hoje é um pesadelo tá lá dentro"* (E14); *"Ali é o inferno!"* (E11).

## Categoria 3: Uso de drogas psicoativas para suportar o trabalho

O uso de substâncias psicoativas no labor servia para atender às altas demandas relacionadas com a rapidez e com a precisão do trabalho nos aviários, e não apenas a uma esfera particular de uso para obtenção de prazer, é o que mostram as falas:

> *Eu usava cocaína, álcool e maconha durante o trabalho porque me deixava mais enérgico, mais ágil, não sentia preguiça para nada. O que eu tinha que fazer eu fazia com mais rapidez e era para acabar quanto mais rápido o serviço. Fora do trabalho eu usava para descontrair, por prazer.* (E5).

> *Eu comprava de vez em quando uma cerveja, ou se tinha uma caipirinha na geladeira, eu chegava em casa e tomava um copinho, a noite eu chegava cansada, estressada, e tinha acontecido alguma coisa eu tomava, e eu acho que eu fui colocando na minha cabeça que aquilo me ajudava, e na verdade eu acho que me ajudava, achava que ia acalmar, e realmente acalmava mesmo, sei lá, dava uma relaxadona, você até esquecia.* (E8).

> *Na época que eu não era registrado, levava bebida, uns tinham o hábito da maconha, parece que sentia mais disposto, mais rápido, a maioria tomava e fumava pro serviço render mais, tipo um rebite assim, pra rapaziada ficar mais leve e mais rápido, não por maldade, sem brigar com ninguém mais por causa de você se tornar mais rápido, mais ágil.* (E9).

> *Você sai lá de dentro, ia tomar uma cerveja [...] naquele embalo tomando uma mais e outra a mais, por tudo o que você tinha passado durante a semana, pela aquela raiva que passou e não teve coragem de se abrir com o colega, ou aquele pedido de desculpa que não teve coragem de chegar lá e pedir, acabava gerando uma vontade maior de tomar, dava aquela sensação que parece que se eu tomasse uma a mais ia passar, ia aliviar ou esquecer aquilo ali.* (E11).

## Categoria 4: Melhorar o nível escolar para produzir mais

Ao ingressarem no frigorífico, os entrevistados identificam aumento do nível de escolaridade e oportunidades de qualificação.

Entretanto, isso ocorreu exclusivamente para atender às demandas dos frigoríficos: exigências de acordos nacionais ou internacionais, aumento da produtividade e o lucro. As falas dos entrevistados revelam essa realidade:

> *Fiz um curso pra ir pra inspeção porque eu tinha reumatismo, mas não me mandaram, lá era um lugar melhor, mais quente. Eu sempre fui um cara trabalhador, eu era capitão de uma equipe, líder de uma equipe, a melhor equipe era a minha. Então, ele (o supervisor) falou não. Esse cara não pode sair daqui, ele tem que desossar junto com eles e fica aí e pronto. Então não adiantou nada o meu curso.* (E4).

> *Comecei a trabalhar eu só tinha a quinta série. Daí chegou uma época que veio a lei do Japão e não podia mais funcionário que não tivesse o primeiro grau; daí a empresa ofereceu o curso lá dentro mesmo. Em um ano eu fiz a sexta, sétima e oitava séries, daí pararam, mas eu não fui promovida a nada acho que era só lei mesmo e para ensinar a gente trabalhar mais.* (E9).

> *Pediram pra estudar, estudei, mas ele trabalha bem na desossa, trabalha bem na limpeza, pra que você vai tirar alguém que faz o serviço aqui. Esse cara que é trabalhador não precisa promover porque ele já é bom, ele tem família pra tratar, então também ele não vai sair daqui, esse aí mantém.* (E12).

## Categoria 5: Medo de ser demitido e a falta de reconhecimento

Os trabalhadores conviviam com o medo da demissão e se submetiam a trabalhos que causavam prejuízos a sua saúde, e os suportavam porque, em suas percepções, era melhor trabalhar do que estar desempregado. Também vivenciavam a falta de reconhecimento pelo que realizavam, conforme se constata nos depoimentos:

> *Enquanto tá trabalhando, tá produzindo, tá dando conta de tudo, você é ótimo, mas se um dia já não der conta aí você não vale mais nada, já é descartado e jogado fora igual fosse um copinho pra tomar água; acabou não tem mais serventia, é assim que eles são. A gente nunca é reconhecido.* (E2).

> *O braço doía, mas eu ia lá, pendurar na minha linha de produção, eu nunca reclamei por medo de ser mandada embora a gente tem medo de ficar desempregado. A gente se sente muito mal; parece uma pessoa que não tem valor nenhum para o serviço e para ninguém. Muita gente tem raiva, porque é maltratado quando adoece lá dentro, mas ficam quietos por medo de ser demitido.* (E9).

## Categoria 6: Convivendo com preconceito da doença mental

A doença mental ainda é revestida de preconceitos pela grande maioria da sociedade e pela própria pessoa doente:

> *na época que eu fiquei internado, a depressão pra mim era vergonhosa entendeu? As pessoas me chamavam assim, como que é de pessoa que quer ficar só na folga assim, e a gente sabendo que não é aquilo, sabendo que é uma coisa mais forte que você imagina.* (E4).

O trabalhador doente é acompanhado pelo estigma dentro do ambiente laboral e sofre discriminação:

> *Eles (patrões) falam que depois que inventou a depressão ninguém quer trabalhar mais. Esse INSS [Instituo Nacional de Seguro Social] tem que pegar e fazer consulta todo mês, podia ser só de 3 em 3 meses. Daí nisso eu pensava, meu Deus, será que ele acha que eu não tô doente. Eu sentia que eu tava passando por fingida. O patrão pegava o papel e fala vai, vai embora vai, vai, dormir. Eu saia magoada, chorando, daí na outra vez eu ia lá levava o papel, ele falava assim, tem que pedir a conta.* (E10).

### Categoria 7: Assédio sexual e moral

De acordo com os relatos dos entrevistados, naquele ambiente laboral tem ocorrido a prática de assédio sexual

> *Tem gente que chega lá e vai pra frente, eu não fui porque eu não aguentei gente passando a mão na minha 'bunda'? Por isso eu ganhei a conta, o cara passou a mão na minha 'bunda'.* (E2).

Do mesmo modo, também ocorre o assédio moral, conforme ilustram os relatos a seguir:

> *Eles queriam obrigar a gente a fazer hora extra, ficar de pé, no mesmo lugar, trabalhando das duas e pouquinho da tarde até meia noite e pouco. Só parar naquele horário da janta e tinha uns minutos lá que mal dava tempo de ir no banheiro... a gente se sente vigiado até para ir ao banheiro.* (E8).

> *Eu pegava a temperatura do frango e colocava nas planilhas. Levava pra casa, pra passar a limpo o que tava errado, só que tava certo, só que queriam que eu marcasse menos de 4 grau, pra ir lá pro Japão, árabe, faziam eu passar raiva, porque tinha que falar pro outro cara falar que eu marquei errado, mas não era eu, daí eu fui ver que eu tava roubando. 6, 5, 7 até 12 graus positivo eu peguei já, daí tá cozinhando o frango, e tem que estar menos de 4 pra eles vender, daí eles ganhavam dinheiro.* (E11).

## Discussão

Os depoimentos dos entrevistados mostraram que a atividade na cadeia produtiva da avicultura caracteriza-se pela extrema divisão do trabalho em diversos setores, associada ao uso da esteira e nórea que determinam a postura e a posição estática do trabalhador, além do ritmo e a intensidade de trabalho necessários para que atinjam as metas de produção estabelecidas pelos proprietários dos meios de produção, desrespeitando os biorritmos das pessoas. Tal divisão do trabalho, com decomposição do processo, em que cada operador executa tarefas parciais, é própria do modo de produção capitalista, com a finalidade de possibilitar maior exploração do trabalhador e maior domínio do capital sobre o processo de trabalho (ALVES, 2011).

Nos diversos elos da cadeia produtiva da agroindústria avícola em que atuaram os entrevistados do presente estudo, a atividade realizada caracterizou-se como sendo repetitiva, manual e simples, que pode ser realizada por jovens, adultos e idosos, sem qualquer requisito relacionado com a idade, sexo ou escolaridade. O baixo nível de escolaridade encontrado entre os participantes da presente pesquisa é semelhante entre trabalhadores do corte de cana, que também é um trabalho com características manuais, que exige rapidez e mecanização e com valores remuneratórios baixos (MACIEL *ET AL.*, 2011). A cadeia produtiva avícola imprime a dinâmica do desenvolvimento capitalista, e a baixa escolaridade é usada para a exploração do trabalhador com remuneração de um salário mínimo na grande maioria das vezes (ARAÚJO; RIBEIRO, 2014).

Como afirma Alves (2011), a adoção de inovações organizacionais tanto das formas de gestão quanto da organização do trabalho vivo são centrais no processo de exploração da força de trabalho. Corroborando os resultados de estudos realizados por Cêa e Murofuse (2010), a vivência dos entrevistados indicou que, ao lado da gestão taylorista/fordista, nas atividades avícolas, estão presentes elementos da gestão toyotista da produção, o que intensifica ainda mais a exploração do trabalhador. Para a estrutura e o modelo organizacional adotada na agroindústria avícola, o trabalhador torna-se mero apêndice da maquinaria e automação, o qual se submete ao ritmo, à velocidade e à intensidade ditada pelas esteiras e nóreas realizando movimentos repetitivos e

rápidos na execução de tarefas encadeadas e sucessivas para o cumprimento de metas previamente estabelecidas (CÊA; MUROFUSE, 2010). Os depoimentos dos entrevistados indicam que, com a introdução das inovações tecnológicas e a flexibilização das relações de trabalho, ocorreu a mudança no processo laboral tanto pela implementação da automação na alimentação das aves quanto pela demissão do trabalhador, motivada pela terceirização de atividades, e sua recontratação com redução de salário, e o aumento da produção contando com o mesmo quantitativo de trabalhadores.

Os entrevistados referiram que trabalham 10 horas diárias, o que é previsto nas leis brasileiras. No entanto, tal quantitativo de horas é maior ainda a se considerar os seguintes fatores: o tempo gasto no trajeto de ida e volta, visto que todos residiam longe do local de trabalho; o uso de transporte para acessá-lo; o tempo despendido na troca de roupa na entrada e na saída do frigorífico; a distância interna a ser percorrida até chegar ao posto de trabalho. Cabe ressaltar, mais uma vez, que se trata de uma atividade que exige a adoção de posturas estáticas no posto de trabalho, com membros mantidos em posição forçada, realizando atividades repetitivas e intensas, o que se torna altamente desgastante. Assim, a extensão do tempo de trabalho, além de aumentar a exposição do trabalhador aos riscos existentes, também diminui o seu tempo de vida fora do trabalho (MAGRO *ET AL.*, 2014), com consequências em todos os aspectos da vida: no trabalho e nas relações familiares e sociais (CÊA; MUROFUSE, 2008).

O surgimento de problemas de saúde física, após o início das atividades na agroindústria avícola, foi relatado pelos entrevistados do presente estudo, sem que tais problemas tenham sido reconhecidos como doença do trabalho tanto pela parte da empresa e dos colegas quanto pelo INSS. Ao contrário, esses problemas muitas vezes foram tratados como se fossem subterfúgios, invenção, enganação dos trabalhadores a fim de obter benefícios de afastamentos ou aposentadoria. Tal situação tornava-se mais uma fonte de sofrimento para quem já estava com dores e limitado fisicamente para manter o mesmo ritmo de trabalho. Para Dejours (1994), a organização do trabalho afeta diretamente o funcionamento da mente do trabalhador porque envolve o conteúdo das tarefas, as relações humanas e o desejo do trabalhador, limitando ou estimulando suas ideias e desejos, tornando-se um meio favorável ou não para a sua saúde mental.

O trabalho no frigorífico, quando 'quebra' fisicamente um trabalhador, também o 'desmonta' mentalmente como confirmam as falas dos entrevistados. Ao serem admitidos no trabalho, todos eles tinham preparo físico, otimismo, felicidade, sonhos e animação. A boa condição inicial de saúde física e mental mudou após o ingresso no trabalho, e os entrevistados, em consequência de acidentes de trabalho, vivenciaram mudanças em sua condição física, havendo limitações para a execução de atividades tanto no trabalho quanto na vida pessoal, provocando revolta, angústia, nervosismo e desequilíbrio emocional. Tais resultados corroboram os achados de Cêa e Murofuse (2010, P. 42) ao afirmarem que se trata de "um espaço de produção de pessoas adoecidas e até mesmo inválidas, física e psicologicamente, antes de ser um espaço de produção de alimentos de origem avícola". Por sua vez, Dejours (1994) afirma que há uma conexão entre os problemas psíquicos e somáticos e que no trabalho o sofrimento surge quando não é possível descarregar a energia pulsional, que se acumula no aparelho psíquico e transborda para o corpo. Portanto, se não houver uma interrupção do trabalho ou modificação da organização do trabalho, a fadiga desencadeia as patologias mentais.

Os TMC relacionados com o labor não resultam de fatores isolados, mas de contextos de trabalho em interação com o corpo e o aparato psíquico dos trabalhadores. As atividades laborais podem atingir o corpo das pessoas, produzindo agravos e lesões de

natureza biológica, mas também as de natureza psíquica, podendo provocar processos psicopatológicos relacionados com as condições inadequadas do trabalho a que estão expostas ao realizá-lo (BRASIL; OPAS, 2001).

O trabalho na agroindústria avícola exaure a saúde física e mental do trabalhador, e retira-lhe a dignidade de trabalhar, mudando substancialmente a sua condição de pessoa saudável para a de doente e inválida, conforme o demonstram os depoimentos analisados. Para resistir e suportar as cargas laborais, os entrevistados recorriam ao sindicato e também lançavam mão do uso de substâncias psicoativas, como forma de suportar as cargas laborais. Esses resultados estão em consonância com Lima (2010) ao afirmar que quando ocorre o uso de substâncias psicoativas nos ambientes laborais, a princípio, pode-se configurar como um recurso para enfrentar as altas exigências do trabalho, porém, com o passar do tempo, seu uso trará novos problemas ao próprio labor, por meio de punições, transferências, rebaixamento de função, imposição de tarefas menos atraentes e até mesmo o isolamento do trabalhador por seus colegas e por si mesmo.

A falta de reconhecimento e o medo de ser demitido foram evidenciados nas falas dos trabalhadores, levando-os a desenvolver atividades mesmo quando acometidos por doenças. Segundo Alves (2011), por medo do desemprego, o trabalhador assalariado permite ser explorado em sua força de trabalho, e, muitas vezes, renuncia até aos seus direitos sociais e trabalhistas, trabalhando mesmo adoecido e desgastado.

O preconceito com a doença mental também foi apontado pelos trabalhadores como uma realidade existente entre os 'patrões' e os colegas de trabalho. Para Salles e Barros (2013), o TMC provoca mudanças, afeta o cotidiano, os relacionamentos e os projetos de vida das pessoas e traz as marcas do preconceito e da discriminação. A maior barreira para o emprego de pessoas acometidas por doença psiquiátrica ainda é o estigma, e, assim, a reinserção social e a recuperação da cidadania das pessoas adoecidas de forma a permitir viver e interagir em sociedade, com opções de trabalho, lazer e afetividade, são os grandes desafios.

A precarização do trabalho é um processo que altera a vida dentro e fora do trabalho, pois é sustentada pela gestão pautada no medo, nas práticas participativas forçadas, na imposição da autoaceleração, mescladas com insegurança, sujeição, competição; da desconfiança e do individualismo que leva à desvalorização e à corrosão de valores; da autoimagem decorrente da desestabilização e da vulnerabilidade (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010).

Ainda foi constatado que os trabalhadores do presente estudo sofrem assédio moral e sexual. Para Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), as formas de ataque deliberado contra a dignidade de outra pessoa têm como finalidade submeter o trabalhador às imposições da produtividade e/ou provocar a demissão, esta última principalmente de grupos 'descartáveis' ou indesejados. Ademais, o prolongamento da situação de assédio, sem os devidos suportes afetivos e sociais, produz a vulnerabilidade da saúde e potencializa os riscos de adoecimento mental.

## Conclusão

A partir da apresentação e discussão dos dados, acredita-se que o presente estudo atingiu os objetivos propostos, pois revelou pontos importantes sobre as percepções dos trabalhadores da agroindústria avícola que adoeceram mentalmente devido às repercussões do trabalho em sua saúde.

Pode-se concluir que as atividades realizadas na cadeia de produção avícola contribuíram para satisfazer a necessidade de sobrevivência, mas, ao mesmo tempo, colaboraram para a desconstrução de sonhos, expectativas e desejos motivados pelas limitações adquiridas em função de acidentes e

doenças físicas e mentais.

A forma de organização laboral a que estavam submetidos os trabalhadores deste estudo, isto é, o modelo de gestão que associa o taylorismo, o fordismo e o toyotismo, propicia a aceleração e o aumento da produção, gerando lucros. Por outro lado, esse modelo suprime os direitos do trabalhador e contribui, sobremaneira, para a ocorrência de inúmeros casos de acidentes e doenças do trabalho quer seja de ordem física, psíquica ou emocional, tornando-se uma ameaça à saúde de qualquer trabalhador, independentemente do setor de atuação das granjas às linhas de produção. Tal modelo impactou significativamente tanto o corpo físico quanto a mente desses trabalhadores.

O desconforto, o desgaste físico e emocional decorrentes das características das atividades desenvolvidas produziram mudanças significativas na vida dos trabalhadores. Após o adoecimento, eles perceberam a discriminação e preconceitos dos empregadores, colegas e médicos. O desamparo dos adoecidos pelo trabalho também ficou ressaltado tanto pela falta de reconhecimento da relação entre saúde e adoecimento, na condição de usuários do SUS, como foi evidenciado pelos prontuários de atendimento analisados, quanto pela ausência de atuação dos sindicatos acionados pelos trabalhadores quando estes se sentiram prejudicados.

Outra questão constatada foi que, por necessidade econômica, os trabalhadores, mesmo adoecidos e sentindo dores, continuam trabalhando, o que os penaliza e desgasta ainda mais. Além disso, em seu desempenho laboral, os adoecidos por TMC também sofrem o assédio dos gerentes e colegas de trabalho, e para suportar o desgaste gerado pelo trabalho alguns deles utilizam, como estratégia de defesa, o uso de drogas psicoativas.

Assim sendo, esses resultados permitem inferir que há uma relação evidente entre as doenças, em especial as de natureza mental, e o trabalho na agroindústria avícola, na qual foi realizado o presente estudo.

Por fim, ressalta-se que este artigo, apesar de o cenário ser constituído por apenas um ambulatório de saúde mental e dois centros de atenção psicossocial de um município do Oeste Paranaense, propiciou evidências sobre o adoecimento mental dos trabalhadores da agroindústria avícola, e, assim, poderá ser utilizado em experiências e estudos análogos. Entretanto, considera-se importante que mais pesquisas sejam desenvolvidas com o intuito de revelar as condições de trabalho em outras realidades.

## Colaboradores

Leila de Fátima Machado e Neide Tiemi Murofuse participaram da concepção, delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito e aprovação da versão final. Julia Trevisan Martins contribuiu na análise e interpretação dos dados, redação e revisão do conteúdo intelectual do manuscrito e aprovação da versão final. ■

## Referências


ALVES, G. *Trabalho e subjetividade:* o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.

ARAÚJO, R.; RIBEIRO, A. C. O crescimento da agroindústria avícola e as alterações no trabalho familiar rural. REDD – *Revista Espaço de Diálogo e Desconexão,* Araraquara, v. 8, n. 2, p. 1-17, jan./jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 4ª conferência nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. *Relatório final,* Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Relatorio_4cnstt_final_31072015.pdf >. Acesso em: 16 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil (OPAS). *Doenças relacionadas ao trabalho:* manual de procedimentos para serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2016.

CÊA, G. S. S.; MUROFUSE, N. T. Associação dos Portadores de LER (AP-LER) na luta pelos direitos dos trabalhadores de frigoríficos do oeste do Paraná. In: TUMOLO, P. S.; BATISTA, R. L. (Org.). *Trabalho, economia e educação:* perspectivas do capitalismo global. Maringá: Práxis, 2008, p. 421-436.

_____. Processo de trabalho em frigoríficos e as possibilidades de constituição de novas sociabilidades. In: SOUZA, J. S.; ARAÚJO, R. (Org.). *Trabalho, educação e sociabilidade*. Maringá: Massoni, 2010, p. 39-66.

DEJOURS, C. A. carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C. *et al*. (Org.). *Psicodinâmica do trabalho:* contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMAN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev. bras. saúde ocup.* São Paulo, v. 3335, n. 122, p. 229-248, 2010.

GLINA, D. M. R. *et al*. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexo com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 607-616, maio/jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2001000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jul. 2013.

HANDAR, Z. Agravos à saúde do trabalhador: processo saúde-doença-trabalho. In: CÊA, G. S. S.; MUROFUSE, N. T.; DEITOS, R. A. (Org.). *Trabalho, Educação e Saúde:* formação permanente de profissionais e usuários da saúde pública. Cascavel: EDUNIOESTE, 2012. (v. 2).

HECK, F. M.; THOMAZ JÚNIOR, A. O trabalho degradado em frigoríficos e o adoecimento mental dos trabalhadores. In: SEMINÁRIO DO TRABALHO: trabalho, educação e políticas sociais do século XXI, 8., 2012. *Anais eletrônicos...* Marilia: UNESP, 2012. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/texto/gt6/o_trabalho.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2016.

LIMA, M. E. A. Dependência química e trabalho: uso funcional e disfuncional de drogas nos contextos laborais. *Rev. bras. saúde ocup.* São Paulo, v. 35, n. 122, p. 260-268, dez. 2010.

MACIEL, M. R. A. *et al*. Caracterização sócio-econômica do trabalhador temporário da indústria canavieira em lagoa da prata, Minas Gerais, Brasil. *Soc. nat. (Online.),* Uberlândia, ano 23, n. 2, p. 335-343, maio/ago. 2011.

MAGRO, M. L. P. D. *et al*. Intensificação e prolongamento da jornada de trabalho nas indústrias de abate e processamento de carnes e seus impactos na saúde dos trabalhadores. *Cadernos de psicologia social do trabalho*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 67-83, 2014.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde Pública,* São Paulo, v. 25, n. 5, out. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.

br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034891019910
00500003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 ago. 2013.

MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (Org.). *Atenção ao sofrimento e ao adoecimento psíquico do trabalhador e da trabalhadora: cartilha para profissionais do Sistema Único de Saúde – SUS.* Porto Alegre: Evangraf, 2014.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 11. ed. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 2008.

ORSO, P. J. *et al*. Reflexões acerca das lesões por esforços repetitivos e a organização do trabalho. *Rev. online Bibl.* Prof. Joel Martins, Campinas, v. 2, n. 2, p. 47-58, fev. 2001.

PAPARELLI, R.; SATO, L.; OLIVEIRA, F. A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. *Rev. bras. saúde ocup.,* São Paulo, v. 36, n. 123, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303765720110001000011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 ago. 2013.

REMIJO, A. P.; LARA, R. A superexploração dos trabalhadores nos frigoríficos. In: SEMINÁRIO DO TRABALHO: trabalho, educação e políticas sociais do século XXI, 8., 2012. *Anais eletrônicos...* Marília: UNESP, 2012. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/texto/gt5/a_superexploracao.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2016.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 324-335, abr./jun. 2013.

SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciênc. saúde colet.,* Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2005.

SELIGMANN-SILVA, S. E. *Saúde mental no trabalho contemporâneo.* In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE STRESS DA ISMA-BR, 9., 2009, Porto Alegre. *Anais...* Porto Alegre: ISMA-BR, 2009.

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

# Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado

## *The use of psychotropic drugs in psychosocial care: an analysis in the light of care management*

Indara Cavalcante Bezerra[1], Jamine Borges de Morais[2], Milena Lima de Paula[3], Tatiana Maria Ribeiro Silva[4], Maria Salete Bessa Jorge[5]

**RESUMO** O estudo discute o cuidado em saúde na atenção psicossocial, com foco na gestão do medicamento. O eixo teórico articula a reforma psiquiátrica com o cotidiano dos sujeitos, no serviço de saúde mental. Realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) de Fortaleza (CE). Participaram da pesquisa cinco profissionais, dez usuários e nove familiares. As técnicas utilizadas foram: entrevista semiestruturada, observação sistemática e grupo focal. A análise hermenêutica dialética seguiu os pressupostos de Minayo. No campo, observou-se um sujeito-usuário perdido, em confronto com uma realidade institucionalizante, evidenciando a hegemonia da clínica biomédica, representada pela prática prescritiva de medicamentos e pela gestão desarticulada de cuidados.

**PALAVRAS-CHAVE** Gestão em saúde. Medicalização. Autonomia pessoal. Institucionalização. Saúde mental.

**ABSTRACT** *This study discusses health care in psychosocial care focusing on medication management. The theoretical axis articulates the psychiatric reform with daily lives of individuals in mental health service. The research was carried out at a Psychosocial Care Center (Caps) in Fortaleza, State of Ceará (CE), Brazil. The participants of the research were five professionals, ten users and nine family members. The research techniques used were: semi-structured interview, systematic observation, and focus group. The dialectical hermeneutic analysis followed the premises of Minayo. In the field, there was a lost subject-user in confrontation with an institutionalizing reality, highlighting the hegemony of the biomedical clinic, represented by the prescriptive practice of medicaments and the fragmented care management.*

**KEYWORDS** *Health management. Medicalization. Personal autonomy. Institutionalization. Mental health.*

[1] Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil. *indaracavalcante@yahoo.com.br*

[2] Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil. *jamineborges@hotmail.com*

[3] Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil. *psicoim@hotmail.com*

[4] Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil. *ribeirotatiana@hotmail.com*

[5] Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil. *maria.salete.jorge@gmail.com*

 DOI: 10.1590/0103-1104201611011

# Introdução

O processo de reforma psiquiátrica brasileira orienta a construção de uma rede de saúde mental única de atendimento à população, regionalizada, integrada e hierarquizada segundo a densidade tecnológica, e formada por diferentes dispositivos de atenção à saúde (COSTA *ET AL.*, 2012).

A implementação de uma nova lógica de cuidados aos sujeitos em sofrimento psíquico está ancorada no desenvolvimento de um modelo denominado Estratégia de Atenção Psicossocial, no qual os serviços buscam substituir a lógica manicomial e redirecionar a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária. Com efeito, este modelo baseia-se em uma forma de cuidado ofertado a partir de dispositivos comunitários de assistência, evidenciando um olhar ampliado de saúde, na perspectiva de atuação territorial, na intersetorialidade das políticas e no trabalho em rede (SEVERO; DIMENSTEIN, 2011).

O processo de transição dos manicômios ao cuidado comunitário revela uma realidade dicotômica, na qual ainda prevalece o modelo médico-centrado, medicamento-centrado do cuidado (BEZERRA *ET AL.*, 2014). Desta forma, o consumo exacerbado de medicamentos relaciona-se com a produção social hegemônica e mercadológica da saúde, envolvendo diferentes atores, entre os quais: médicos, pacientes, indústria farmacêutica e agências reguladoras da saúde. Nesta lógica, devido à 'fórmula mágica' desempenhada pelos psicofármacos, as individualidades suportam cada vez menos sofrimento psíquico e recorrem à medicamentalização em uma escala sem precedentes (ROSA; WINOGRAD, 2011; SANTOS, 2009; AMARANTE, 2007).

A medicamentalização refere-se ao controle médico sobre a vida das pessoas, utiliza a prescrição e o uso de medicamentos como única terapêutica possível de responder às situações da vida cotidiana e difere da medicalização, a qual se refere à incorporação de aspectos sociais, econômicos e existenciais da condição humana, tais como sono, sexo, alimentação e emoções, sob domínio do medicalizável, como o diagnóstico, a terapêutica, a cura etc. Por conseguinte, angústia, mal-estar ou dificuldades outrora compreendidas como parte da complexidade e singularidade do ser humano passam a ser considerados doenças ou transtornos diagnosticáveis (ROSA; WINOGRAD, 2011; SANTOS, 2009; AMARANTE, 2007).

A literatura (MAITI; ALLOZA, 2014; BEZERRA *ET AL.*, 2014; ROSA; WINOGRAD, 2011; SANTOS, 2009; AMARANTE, 2007) aponta que o fenômeno da medicamentalização torna-se mais evidente no campo da saúde mental. Nos serviços de saúde, observa-se indicação abusiva de medicamentos para sofrimentos psíquicos, que, muitas vezes, estão relacionados a problemas sociais e econômicos, o que reflete uma terapêutica reduzida a psicofármacos, com frágil comunicação entre profissionais e usuários, e pouco uso de tecnologias leves.

É importante salientar que o novo modelo de assistência em saúde mental procura construir um novo saber-fazer, baseando-se na ampliação da clínica e no enfoque do sujeito-usuário. Busca promover a valorização das tecnologias leves e relacionais como componentes da prática nos serviços de saúde mental, aliada à perspectiva emancipatória de operar o cuidado, conforme os pressupostos da reforma psiquiátrica e da atenção psicossocial.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) envolve um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial, visando ao acesso e ao uso racional. Em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde

(SUS), busca garantir universalidade, integralidade e equidade (CNS, 2004).

Entre as ações de assistência farmacêutica estão aquelas referentes à atenção farmacêutica, nas quais há interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a uma gestão eficiente da medicação, ou seja, a uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (CNS, 2004), configurando-se como tecnologia leve de saúde.

Entende-se que as tecnologias leves do cuidado são geradoras de autonomia para o sujeito social, na medida em que proporcionam um cuidado centrado no usuário/família. Neste sentido, a gestão do cuidado pode ser entendida como forma de melhor assegurar essa autonomia e dar respostas de acordo com cada demanda, em busca da resolubilidade e da qualidade da assistência. A gestão do cuidado, portanto, corresponde ao modo como a produção da atenção em saúde acontece, no tocante à forma como o cuidado se estabelece e se organiza, na interação propiciada entre os sujeitos.

Nessa perspectiva, Pires e Göttems (2009, p. 297) definem gestão do cuidado como

> a forma com que as relações intersubjetivas de ajuda-poder se organizam e se manifestam no processo de trabalho, conformando cenários mais próximos do domínio ou da emancipação do outro.

Assim, a gestão do cuidado, quando operacionalizada por tecnologias leves, torna-se potencializadora deste cuidado, favorecendo a emancipação do sujeito.

Cecílio (2009, 2011) constrói a ideia de que a gestão do cuidado pode ser representada por diferentes dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária, sendo estas representadas por seis círculos concêntricos, para expressar a ideia de imanência, ou seja, de caráter indissociável, intrinsecamente ligada entre elas. O autor define o termo como sendo

> o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando o seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. (CECÍLIO, 2011, P. 589).

Percebe-se que ambas as definições de gestão do cuidado têm como objetivo a autonomia/emancipação do sujeito. Neste sentido, torna-se essencial disparar estratégias que visem ao comprometimento de profissionais de saúde e gestores do SUS.

Ao olhar para o fenômeno da medicamentalização como instrumento de cuidado, percebe-se que este processo perpassa as diversas ambiências da gestão do cuidado, e se contrapõe às conquistas nos âmbitos da saúde metal e da saúde coletiva. Ressalta-se, pois, que o termo medicamentalização, aqui apresentado, se configura como o uso não médico de produtos medicinais para tratar problemas ou situações da vida, os quais não requereriam 'tratamento farmacológico', ou, ainda, a questões relacionadas à sobredoses ou à cronicidade de tratamentos farmacoterapêuticos que não seriam necessários. Vale ainda dizer que a importância do medicamento é reconhecida nesse âmbito, porém, quando está fundamentada no uso racional.

Acredita-se, portanto, que o presente estudo pode fornecer substrato para a produção de um cuidado em saúde mental que seja coerente e resolutivo, na medida em que traz à tona as experiências de usuários, familiares e profissionais de saúde, buscando uma relação dialética entre esses sujeitos e a gestão do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (Raps). Nesta perspectiva, compreende-se sua potência para transformar práticas, construir sujeitos e produzir conhecimento.

Para proceder a esta reflexão, adotou-se como eixo orientador do estudo o seguinte questionamento: Como se conforma a gestão do cuidado relacionada ao uso de psicofármacos na Raps?

## Métodos

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, que busca a compreensão das experiências, sentidos e significações dos usuários, familiares e profissionais da saúde mental, em relação ao uso de psicofármacos como forma de gestão de cuidado dos sujeitos em situação de sofrimento psíquico, tendo como direcionamento a autonomia e a corresponsabilização no ato de cuidar.

O cenário estudado foi o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Geral da Secretaria Executiva Regional IV, do município de Fortaleza (CE), no Nordeste do Brasil. Essa regional de saúde foi escolhida por estar conveniada ao Sistema Municipal de Saúde Escola e ser vinculada à Universidade Estadual do Ceará (Uece). O período em campo, desde a aproximação, entrada em campo e apreensão das informações, foi de janeiro a outubro de 2013.

Entre os 24 sujeitos participantes do estudo, havia 5 profissionais de saúde mental do Caps, 10 usuários e 9 familiares, selecionados de acordo com os seguintes critérios: profissionais com pelo menos um ano de atuação na equipe de saúde da referida instituição; usuários do Caps Geral, com vinculação ao serviço de, no mínimo, 6 meses, e em uso de psicofármacos; cuidadores e familiares que estivessem realizando acompanhamento sistemático aos serviços do Caps de usuário em uso de psicofármacos há pelo menos 6 meses.

O estudo está de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, obedece aos preceitos éticos e legais e à norma de pesquisa que envolve seres humanos (CNS, 1999). Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Uece, através de parecer nº 387.111.

As técnicas utilizadas para apreender as informações e compreender o fenômeno foram: observação sistemática, realizada durante todo o estudo e registrada no diário de campo, o que tornou possível descrever a rotina e o cuidado pautados na relação profissional-usuário-familiar/cuidador, com o intuito de possibilitar o confronto entre a prática concreta do serviço de saúde mental e as informações apreendidas nas narrativas; grupo focal, realizado com os cuidadores e familiares, cujo temário abarcou diversos assuntos – entre eles, a questão da gestão e do uso de psicofármacos; e entrevista semiestruturada, que permitiu complementar e aprofundar as informações obtidas nas outras técnicas, além de possibilitar, ao sujeito, um espaço maior de contribuição.

A análise do estudo se delineou através da articulação hermenêutica dialética, fundamentada nos pressupostos de Minayo (2010), que possibilitou a reflexão sobre a experiência dos sujeitos no cuidado em saúde mental. A organização das informações seguiu três etapas: ordenação (organização do material empírico); classificação (leitura horizontal e exaustiva dos textos; leitura transversal); e análise final (síntese horizontal, síntese vertical e confronto entre as informações, agrupando as ideias convergentes, divergentes e complementares). Nesse caminho, o processo consistiu em descobrir núcleos de sentido apreendidos do material empírico e categorizados com base nas dimensões constituintes da gestão do cuidado, segundo Cecílio (2011, 2009), e que deram significados às experiências vivenciadas no cotidiano do serviço estudado.

## Resultados e discussão

As práticas clínicas de cuidado relacionadas ao adoecimento psíquico ainda se expressam em uma tecnologia de biopolítica de gestão,

entendida como medicalização social, que se mostra difundida e aceita na contemporaneidade. As ações priorizam o diagnóstico orgânico, as terapias medicalizantes e, principalmente, medicamentalizantes, as quais perfazem caminhos unidirecionais em que, ao sujeito, 'diagnosticadamente adoecido', não restam muitas escolhas, além de adaptar-se ao processo de cuidado ofertado.

O tratamento dos transtornos mentais com psicofármacos é sintomático e seu uso precisa limitar-se ao imprescindível, devendo sempre ponderar se a relação risco-benefício potencial do fármaco justifica seu emprego, e se outros recursos foram devidamente explorados. Esses medicamentos não são panaceias, mas um recurso de primeira ordem, algumas vezes complementares, outras vezes inúteis. No entanto, o uso de medicamentos, principalmente psicofármacos, que são de uso controlado pela Portaria nº 344/98, do Ministério da Saúde, é observado no dia a dia dos usuários. O medicamento torna-se um instrumento eficiente para a sensação de alívio e o sentimento de cura. O significado da utilização dos medicamentos fica remetido ao equilíbrio no processo saúde-doença mental (TESSER, 2006; AMARANTE, 2007).

Considera-se que fazer uso, ou não, da medicação é uma decisão que deve ser discutida no encontro profissional-usuário; não deve ser imposta, tampouco tratada como principal recurso para a melhoria da qualidade de vida do sujeito adoecido. Acredita-se que o detentor da decisão deva ser, de fato, o usuário, que, para isso, deve ser informado sobre os riscos e os benefícios do uso do medicamento.

De acordo com Cecílio (2011), cada sujeito tem o potencial de fazer escolhas a respeito do cuidado de si. Assim, é o sujeito que toma decisões de acordo com sua subjetividade. E, neste ponto, ganham relevo os processos de autonomia e corresponsabilização, que envolvem a dinâmica das relações dos atores sociais na produção do cuidado e correspondem à dimensão individual da gestão do cuidado.

Ressalta-se, aqui, a importância da autonomia para a gestão do medicamento, tendo em vista os riscos aos quais o usuário se expõe ao fazer uso inadequado dessas substâncias. Além disso, o empoderamento do sujeito para o seu cuidado contribui sobremaneira para a garantia da qualidade de vida do mesmo.

A corresponsabilização refere-se à parceria entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidar em saúde, para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com transtorno mental. Esta parceria acontece de forma multilateral, levando em consideração as opiniões e as possibilidades dos trabalhadores-usuários-família na composição do projeto terapêutico, uma vez que o esforço da equipe de saúde em promover e estimular a corresponsabilização do sujeito potencializa a gestão do cuidado em saúde. Ressalta-se a importância do contexto em que esses atores estão inseridos, pois, cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar porque se responsabiliza (AYRES, 2004). Há uma corresponsabilidade do indivíduo e dos sujeitos coletivos no processo saúde-doença.

Entretanto, o cuidado no cotidiano dos serviços associa a dimensão medicalizada da atenção em saúde mental, na vida dos usuários, e também a fragmentação da assistência em uma parcialidade de tarefas por núcleos profissionais, ou seja, a fragmentação pela especialização. A regência do saber biomédico opera uma casuística ao adoecimento psíquico, que interpõe diferentes composições terapêuticas entre o ato médico e as ações multidisciplinares em equipe (BEZERRA *ET AL.*, 2014).

O que se observa, na prática, reflete em ações não corresponsabilizadas. Ou, quando se aproximam, mostram-se pontuais, por especialidade e não fazendo parte de um projeto coletivo, conforme revela a fala de um profissional:

> *Então, a questão do cuidado com o uso de psicofármacos é uma questão que tem que ser*

*trabalhada diariamente, desde o momento que eu vou lá pra atenção básica [...]. Tem a questão do grupo, tem a questão da orientação familiar, tem a questão do apoio matricial [...].* (Assistente Social Caps).

Corresponsabilizar-se pelo cuidado emerge como elemento fundamental para a autonomia. Assim, autonomia e corresponsabilização são elementos relevantes na relação entre as pessoas, quando se estabelece o cuidado, quer seja medicamentoso ou de relações interpessoais entre o cuidador e o sujeito que é cuidado. Na concepção do cuidado em que há predominância do modelo clínico, centrado no médico, os sujeitos não possuem o poder de decidir sobre seu tratamento, o que implica em ausência de autonomia.

Com efeito, é posto que oferecer um espaço propício à corresponsabilização do sujeito, respeitando sua autonomia e seu direito de participar e decidir sobre seu projeto terapêutico, é reconhecer que, ao indivíduo, cabe possuir certos pontos de vista, sendo ele quem deve deliberar, elaborar seu próprio plano de vida e ação, embasado em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo que estes divirjam da sociedade.

Ainda que a dimensão individual seja agenciada por um conjunto de forças, vetores e condições concretas de vida, é possível reconhecer a singularidade do sujeito na construção da sua autonomia, que se traduz na conquista do seu processo de cuidar de si, sem a interferência de determinações sociais mais amplas (CECÍLIO, 2011). Neste sentido, o contexto familiar exerce influência na gestão do cuidado. Na dimensão familiar, os atores são constituídos por pessoas da família, amigos, vizinhos do sujeito que demanda cuidados, ou seja, pessoas que são do seu convívio, o que se torna importante para o fortalecimento do cuidado e a reinserção do sujeito nas atividades da comunidade. Por outro lado, podem atuar negativamente, aniquilando qualquer forma de reinserção social.

Nas entrevistas e no grupo focal, foi bastante evidente a participação da família como componente essencial no processo de cuidado. Os profissionais também ressaltam a importância da família no cuidado, como se pode observar no relato de um psiquiatra do Caps:

*[...] com certeza, a família precisa estar totalmente engajada no tratamento, eu sempre falo isso [...]. Se tivesse o apoio da família, o paciente já estaria muito melhor; uma melhora significativa.*

Percebe-se que a maioria dos familiares é corresponsável pelo acompanhamento do usuário aos serviços de saúde, pela supervisão e/ou administração dos psicofármacos e pelo manejo terapêutico. Por outro lado, percebe-se que a corresponsabilização do familiar, por vezes, pode refletir uma situação de superproteção que dificulta a emancipação do usuário.

Observa-se, portanto, que a corresponsabilização entre famílias, profissionais e usuários em relação ao tratamento psicofarmacológico é resgatada e parece indicar resolubilidade no cuidado, satisfação com o tratamento e um caminho para o 'estar bem', como relata a irmã de uma usuária do Caps:

*Agora, depois dessa internação, eu tô responsável pela administração da medicação dele. Assim, nos horários, a medicação fica comigo, né? E aí, eu dou a medicação exata no horário certo.*

Na prática, os discursos ressaltam a efetividade do tratamento quando a família está envolvida e corresponsabilizada. A família, neste contexto, é percebida como forte aliada em direção à resolutividade, pois busca se organizar de forma a adaptar os cuidados do seu ente à sua rotina, observando a divisão de tarefas e a adaptação da dinâmica familiar para dar conta do cuidado, contando até mesmo com parentes que não compõem o núcleo familiar, na organização em torno do

sujeito. Por outro lado, também se observou uma sobrecarrega de responsabilidades, que geralmente ficam centradas em apenas um parente:

> *Eu que dou a medicação; os que não sabe tomar, eu é que dou. A Maria sabe tomar, a Joana sabe tomar, só quem não sabe tomar é a Rosa e o João, e eu venho buscar os remédios deles tudim. [...] Eu acho que eu é quem posso cuidar, porque não tem quem cuide, não tem outra pessoa. Sou viúva e moro só com eles.* (Mãe de usuários do Caps).

Portanto, devem ser reconhecidas as dificuldades com as quais a família se depara no convívio com o seu ente em sofrimento psíquico. Compreender tais dificuldades é fundamental para o estabelecimento de um trabalho colaborativo entre a equipe e os cuidadores. A dimensão familiar do cuidado adquire importância a partir dos princípios da desinstitucionalização e da desospitalização preconizados pela reforma psiquiátrica, os quais podem viabilizar a participação da família em uma articulação de corresponsabilidade, porém, na prática, ainda encontram-se fragilizados.

Nesse sentido, vale ressaltar a dimensão profissional do cuidado, presente nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários. Esta dimensão é regida por três elementos principais, que lhe conferem uma maior ou menor capacidade de produzir o bom cuidado: a competência técnica do profissional; a postura ética do profissional, em particular, o modo com que se dispõe a mobilizar tudo o que sabe e tudo o que pode fazer, em suas condições reais de trabalho, para atender, da melhor forma possível, tais necessidades; e a capacidade de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados (CECÍLIO, 2011).

Compreende-se o vínculo como a expressão do afeto entre as pessoas, sendo um elemento importante para a autonomia. No trabalho em saúde, a vinculação é uma ferramenta eficaz na horizontalização e democratização das práticas em saúde mental, pois favorece a negociação entre os sujeitos envolvidos nesse processo, isto é, usuários e profissional ou equipe. Contudo, considera-se essa ferramenta como capaz de favorecer também o domínio do outro, a depender do modo como é utilizada.

No campo empírico, foi possível evidenciar que o atendimento de saúde mental no Caps está muito centrado no processo da prescrição de medicamentos, correspondendo à manutenção da conduta terapêutica para o transtorno mental diagnosticado. Familiares, usuários e profissionais identificam esta situação, e questionam o papel do psiquiatra e as incoerências da dinâmica do atendimento. Tendo em vista, ainda, que as consultas são frequentemente marcadas com um espaço de tempo muito grande entre uma e outra, além do grande volume de medicamentos dispensados e do fluxo aumentado de pessoas, observa-se a impossibilidade da construção de vínculos e o comprometimento do acompanhamento sistemático, para além do impedimento da disposição de ampliar a relação dialogada no fazer clínico. As consultas acontecem diante de uma realidade que desfavorece a manutenção da relação terapêutica integral, muitas vezes, limitadas pela demanda de atendimentos, de tempo e pela escassez de profissionais.

A prática medicamentalizante objetiva a redução ou eliminação dos sinais e sintomas demandados pelos usuários, evidenciando a doença e não a experiência da pessoa, em todas as suas singularidades, justificada como uma dimensão mais complexa de atuação. Deste modo, a redução das ofertas terapêuticas do Caps deriva não apenas da estruturação do serviço, mas do próprio interesse do usuário em alargar suas possibilidades terapêuticas, ou seja, perpassa o entendimento individual da necessidade de ampliar relacionamentos, a dinâmica da vida e o significado da doença e do medicamento. Essa reestruturação na dinâmica da vida do

usuário indicaria a possibilidade de desenvolvimento de graus de autonomia.

Entretanto, o que ocorre no cotidiano suscita questionamentos éticos de condutas medicamentalizantes, ou da construção de vínculos de dependência, ao invés de referência em cuidado, conforme o relato a seguir, de uma psicóloga do Caps, referindo-se a uma usuária:

> *[...] e ela disse: 'Doutora, aqui é a minha casa!'. Semana passada, ela veio todos os dias, mesmo o Caps fechado pra reforma, e ela disse: 'Eu não quero entrar, não. Eu quero só ficar aqui na frente, porque lá onde moro, eu não posso ser eu.*

A análise e a apreensão das falas retomam a crítica à institucionalização e a reflexão sobre a nova cronicidade, assim como o entendimento de que tais serviços podem criar novas formas de institucionalização, cronificação ou, até mesmo, manicomia (PANDE; AMARANTE, 2011).

> *A princípio, ele tinha começado com pouco: um comprimido, depois dois; aí, tudo bem; aí, passou pra três. Mas quando passou pra quatro, aí, eu fiquei muito sedada, largada mesmo, dormindo muito durante o dia. Não fazia mais nada. Eu digo: 'Meu Deus, não tenho condições, não'.* (Usuária 5 Caps).

Com a institucionalização das práticas de saúde ao longo dos anos, a gestão do cuidado em sua dimensão profissional desenvolve-se, inapelavelmente, em contextos organizacionais.

Na dimensão organizacional, os processos de trabalho assumem uma centralidade, principalmente no que diz respeito à adoção de fluxos, regras de atendimento e adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais: agendas, protocolos, reuniões de equipe, planejamento, avaliação etc. Nesta dimensão, evidenciam-se novos elementos, como: o trabalho em equipe e as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial propriamente dita (CECÍLIO, 2011).

As convergências na oferta de serviços para os usuários incluem um atendimento organizado por fluxos referenciados, relações assistenciais focadas na abordagem multiprofissional em saúde e ênfase no uso de psicofármacos. Neste contexto, o sujeito-usuário se perde no espaço ofertado pela clínica tradicional e hegemônica, restringindo a (des)construção de autonomia das abordagens terapêuticas operadas no Caps. Concomitantemente, o usuário respalda uma prática prescritiva e medicamentalizante pela intencionalidade no cuidado recebido. A permanência do tratamento incide na garantia do repasse de medicamentos e na sua utilização contínua. Tal consumo é requerido como único horizonte resolutivo para seus problemas de saúde (TESSER, 2006).

Dentre as experiências dos usuários com relação ao serviço, retoma-se a discussão sobre acesso, não só à instituição Caps, mas ao médico e à medicação. Neste processo, os usuários atribuem o cuidado à realização da consulta e ao recebimento do medicamento, conforme os seguintes relatos:

> *[...] Tá faltando o especialista e os remédios, que agora faltou por três meses.* (Usuário 10 Caps).

> *[...] Tô* [satisfeita]*, é... queria que tivesse neurologista, que aqui não tem.* (Usuária 9 Caps).

> *[...] Acho que deveria melhorar um pouco mais [...] as consultas mais rápidas e que não fosse tão demorada.* (Usuário 7 Caps).

Na prática, o fluxo assistencial em saúde mental limita-se à estrutura do serviço do Caps, explorando, minimamente, os recursos comunitários, familiares e as demais instituições, como as escolas e os Centros Urbanos de Cultura, Arte, Ciência e Esporte (Cuca). A comunicação, neste processo, é deficiente,

prejudicando a corresponsabilização dos envolvidos – profissional/usuário/família – no processo de cuidado psicossocial.

O cuidado prestado no Caps deve perpassar o entendimento desse serviço como uma estratégia, ou seja, como um dispositivo que articule e consolide a rede de cuidados, olhando para o território, sua complexidade e as relações estabelecidas entre os atores sociais do processo de cuidado. Como evidenciam Silva *et al.* (2012), o desafio está em descobrir e ativar os recursos escondidos e estabelecer alianças.

As experiências de usuários, familiares e profissionais de saúde mental descrevem que o Caps, por vezes, institucionaliza o usuário no serviço, enquanto deveria atuar como dispositivo desinstitucionalizante, na interlocução com a rede assistencial em saúde mental. Ou seja, conformemente ao que a atenção psicossocial preconiza, o Caps deve atuar no território e em parceria com todos os recursos disponíveis na comunidade (PANDE; AMARANTE, 2011).

Para tanto, é preciso que as equipes busquem aprofundar e aperfeiçoar dispositivos que permitam o ordenamento da demanda, a qualificação do processo de trabalho e, apesar das limitações estruturais, primar pela resolutividade dos serviços.

Ao perceber o fenômeno de modo sistêmico, busca-se compreender as inter-relações que envolvem os serviços de saúde, com suas diferentes funções e distintos graus de incorporação tecnológica. Na dimensão sistêmica de gestão do cuidado, analisa-se o modo como se dá a construção dos fluxos dos usuários, que se utilizam de diferentes equipamentos, com vistas a obter a resolutividade de seus problemas de saúde. Além disso, analisa-se a forma como este sujeito percorre a linha de cuidado – por meio de processos formais de referência e contrarreferência –, desvelando o caminhar dessas pessoas entre os dispositivos que compõem a rede.

No cuidado em saúde, a oferta dos serviços e o conjunto de dispositivos sociais para a formulação de uma rede integral de atenção ao usuário possibilitariam uma produção de autonomia na sua assistência. No entanto, a fragmentação do cuidado, a parcialização dos saberes e práticas, e as tensões entre oferta e demanda, no SUS, impedem a integração e o fortalecimento da rede para suprimento de demandas, problemas e necessidades.

No território estudado, o itinerário de cuidado do usuário é desconhecido pela equipe e pela família pouco empoderada, o que descreve um cenário marcado pela insuficiente autonomia na gestão da própria vida do usuário, diante do delineado por sua proposição psicossocial. O estudo apontou que usuários e familiares desconhecem a rede assistencial formal e a informal, na comunidade, e não se visualizam interlocuções do Caps com esses dispositivos:

> *[...] Dentista? Ele só foi quando foi o jeito, os dentes já 'tavam muito desgastados. Aí, ele teve que ir.* (Familiar 9 Caps).

> *[...] Ela tem um problema de obesidade, certo? Ela, sozinha, [...] não consegue, e precisava ter algo pra controlar. Ela é diabética e não tem, só o Caps.* (Familiar 7 Caps).

Portanto, os discursos desvelam a desarticulação entre o Caps e a Atenção Primária à Saúde. Nenhum dos participantes referiu a Unidade Básica de Saúde como outro serviço utilizado por eles na comunidade, além do Caps, evidenciando, desse modo, a desarticulação na organização dos fluxos assistenciais entre atenção básica e especializada, e a falha na responsabilização dos profissionais envolvidos com o processo de cuidado integral:

> *[...] E aí, a gente também tem uma rede fragilizada, uma rede que, em si, já é fragilizada. A articulação é fragilizada e os dispositivos que a gente poderia utilizar, eles existem, de fato, mas a gente faz pouco. A rede é fragmentada.* (Psicólogo Caps).

A dimensão societária da gestão do cuidado corresponde a um aspecto mais amplo, se refere ao encontro da sociedade civil com o Estado. Nesta dimensão, observa-se como cada sociedade produz a cidadania e as políticas públicas, de modo geral. Analisa-se o papel do Estado, especialmente o modo como formula e implementa as políticas sociais (CECÍLIO, 2011).

Para abordar a gestão da produção do cuidado, em uma perspectiva macrossocial, Merhy (2007) explica como o modelo hegemônico médico-medicamento-centrado se estabeleceu na sociedade e desvela:

> [...] Mesmo quando se fala do lugar da saúde pública, que procura compreender a instalação dos processos de adoecimento no plano das populações para produzir intervenções no âmbito coletivo, visando seu controle, vê-se que o pano de fundo que lhe serve de base é a compreensão do fenômeno saúde e doença como a instalação nos corpos biológicos, como patológicos, desses momentos disfuncionais [...]. (MERHY, 2007).

Nesse sentido, no campo das práticas onde se articulam as tecnologias do cuidado, operam sob a casuística do modelo biomédico, recorrendo a práticas medicalizantes voltadas para um corpo biológico adoecido. Merhy (2007) acrescenta que esse processo social, prático e discursivo, quando se institui de maneira hegemônica quanto à maneira de se fazer cuidar em saúde, promove uma subjetivação intensa nos vários grupos sociais. E, neste percurso, de modo imaginário e institucional, a sociedade vai se medicalizando, ou seja, buscando a normalização dos fenômenos da vida, como a fome, a pobreza etc. A medicalização não se confunde com a medicamentalização, que corresponde ao agir de modo terapêutico na exclusividade do uso de medicamentos, na maioria das vezes, abusivo ou irracional.

Em sua articulação com a medicamentalização, a dimensão societária da gestão do cuidado interfere nas práticas e nas outras dimensões. O uso de medicamentos na modernidade corresponde ao principal recurso terapêutico do mundo ocidental. Após a II Guerra Mundial, somado ao processo de industrialização e ao avanço da ciência, o medicamento se estabeleceu como um instrumento híbrido, ora como fármaco, ora como bem de consumo. Sob a ótica de um fenômeno cultural, que se articula com os campos da economia e da política, o medicamento se apresenta subordinado às necessidades de produção da força de trabalho, caracterizando-se como mercadoria e sucumbindo, portanto, à lógica do mercado. A realidade retrata a concentração em grandes mercados, com a participação de um número reduzido de empresas (SILVA; OLIVEIRA, 2014).

Historicamente, no cenário brasileiro, as relações de mercado vinculadas ao medicamento ocorreram mediante políticas vazias, permeadas de controvérsias, corrupção, equívocos e assistencialismo. Nesse contexto, a indústria farmacêutica estrangeira encontrou solo fértil e de ninguém; se apropriou do espaço deixado pela negligência do Estado e pela carência de políticas públicas que regulassem o âmbito da assistência farmacêutica. Somente na década de 1990, após a constituinte de 1988 e a implantação do SUS, novas políticas foram adotadas no sentido de (re)orientar a assistência farmacêutica, entre estas: a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária; a promulgação da política de medicamentos genéricos, que, entre outras atribuições, instituiu a 'quebra' das patentes dos medicamentos de referência produzidos pelas multinacionais; e a aprovação da Política Nacional de Medicamentos.

Atualmente, o Brasil situa-se entre os dez maiores mercados consumidores de insumos farmacêuticos do mundo; apresenta características oligopólicas, concentração por classes farmacêuticas e forte participação no mercado de empresas transnacionais. Em consequência da Lei dos Genéricos (1999),

houve uma ascensão das empresas de capital nacional, que apontaram desenvolvimento acima da média de mercado, na última década. As políticas de governo direcionadas à indústria, como a adoção da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior, utiliza como vetores dinâmicos da atividade industrial o estímulo à eficiência produtiva, ao comércio exterior, à inovação e ao desenvolvimento tecnológico. Como fruto dessa política, ocorreu a criação do Programa de Apoio ao Desenvolvimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica, do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), entre outras iniciativas para pesquisas e desenvolvimento na área (SILVA; OLIVEIRA, 2014).

Apesar de o acesso da população a medicamentos continuar sendo um dos problemas de saúde no Brasil, algumas iniciativas do governo foram adotadas buscando melhorias, como o Programa Farmácia Popular, criado para ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos. Há, também, uma particularidade da indústria farmacêutica no Brasil, que se refere à existência de uma rede de laboratórios farmacêuticos públicos, de portes variados e características técnicas, operacionais e financeira distintas, vinculados aos governos federais, estaduais e às universidades. O objetivo dessa rede é dar suporte à política de assistência farmacêutica, com foco na promoção do acesso ao medicamento pela população, contribuindo para a viabilização dos programas públicos (SILVA; OLIVEIRA, 2014).

Entretanto, apesar de o setor farmacêutico estar presente na agenda governamental, nos últimos anos, e da ampliação do acesso ao medicamento ser um fato relevante decorrente das políticas sociais, ainda há um longo caminho a ser percorrido, visto que o uso de medicamentos envolve práticas culturais e sociais inseridas na historicidade, a qual se encontra em transformação contínua.

Com efeito, o País ainda se encontra em *deficit* com a sociedade quando o assunto é medicamento, pois, enquanto os países desenvolvidos focam suas políticas no uso racional deste recurso, as políticas no Brasil ainda permanecem centradas na ampliação do acesso. É fato que a ampliação do acesso ao medicamento é fundamental para o início do cuidado terapêutico, entretanto, se não houver racionalidade no uso, esse acesso pode trazer agravos à saúde.

A Organização Mundial da Saúde e a Política Nacional de Medicamentos propõem que, para o uso racional de medicamentos, é preciso estabelecer a necessidade do uso do medicamento; em seguida, que se receite o medicamento apropriado, a melhor escolha, de acordo com os ditames de eficácia e segurança comprovados e aceitáveis. É necessário, também, que o medicamento seja prescrito adequadamente – forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento; que esteja disponível de modo oportuno, a um preço acessível, e responda sempre aos critérios de qualidade exigidos; que se dispense em condições adequadas, com a necessária orientação e responsabilidade; e, finalmente, que se cumpra o regime terapêutico já prescrito.

Entretanto, no Brasil, a realidade se afasta do uso racional, uma vez que o acesso pode se dar de forma diferente do que preconizam as políticas, as quais parecem não estar articuladas com as demandas reais dos serviços, como relata um profissional, psiquiatra do Caps:

> *[...] Infelizmente, aqui a gente tem que liberar uma receita pra cada dois meses e meio, o que é um absurdo! Não tem como liberar menos porque o retorno é daqui até quase cinco meses. O ideal seria de mês em mês, de 15 em 15 dias, mas é um absurdo, porque a gente tem que liberar uma quantidade enorme de medicação. Mas não tem outro jeito, porque não tem como o paciente voltar antes. Então, o paciente leva um monte de medicação pra casa, o que é um risco: risco do paciente perder, de usar de forma inadequada, de outras pessoas pegarem a medicação [...].*

As abordagens psicossociais enfatizam uma dimensão histórico-social na determinação do processo saúde-doença, e vão se concretizando e buscando efetivação a partir da organização da rede de serviços de saúde. No entanto, é possível reconhecer as tensões nas portas de entrada dos serviços e nas emergências dos grandes e médios centros urbanos, não somente por falta de implicação dos profissionais, mas também pela escassez de recursos públicos, pela utilização inadequada dos recursos disponíveis e por políticas de financiamento verticalizadas, que não contemplam as necessidades da população.

Conforme afirmam Barbosa *et al.* (2016), é necessário investir e ampliar os espaços de reflexão e invenção de práticas que integrem o cuidado no cotidiano dos serviços que constituem a saúde mental, potencializando a constituição da Raps. Para transpor este desafio, é preciso desnaturalizar as práticas inversamente desenvolvidas, que fomentam a medicalização dos sofrimentos – outrora entendidos como parte da vivência humana, mas agora não suportados pela modernidade –, para que se consolidem práticas realmente transformadoras.

## Considerações finais

As informações compartilhadas neste artigo propiciam uma reflexão crítica sobre o uso do medicamento, contribuindo para a difusão do conhecimento e a troca de saberes, a partir de experiências desveladas no estudo, o qual demonstrou aspectos que muito provavelmente podem ser observados em outros cenários do Brasil.

A análise feita à luz da gestão do cuidado evidenciou sujeitos em sofrimento psíquico que fazem uso de medicamentos, sendo esses, por vezes, desnecessários; e que o fazem como único recurso terapêutico. O sujeito – neste caso, 'assujeitado' – não tem autonomia sobre o cuidado de si, e a relação profissional-usuário, com frequência, não permite decisões compartilhadas sobre seu projeto terapêutico.

Na busca pela melhoria da qualidade de vida do sujeito em sofrimento psíquico, o serviço, os profissionais e os familiares concordam que a presença da família na terapêutica é um fator importante no cuidado em saúde. Contudo, considera-se que o cuidado concentra-se na família e há sobrecarrega, gerando angústia, o que pode resultar no adoecimento familiar. Dito isto, é preciso ressaltar que os Caps devem oferecer apoio aos familiares dos usuários, na busca pelo cuidado integral.

Observou-se, ainda, que a gestão da medicação é a principal atribuição da família. A relação da família com seu ente adoecido é uma linha tênue do cuidado, pois quando esta relação não se dá de forma orientada, pode promover uma situação de superproteção, o que favorece a impossibilidade de autonomia do usuário. Ou seja, a corresponsabilização do familiar pode desfavorecer a corresponsabilização do sujeito com o cuidado de si próprio.

O medicamento revelou-se como base terapêutica e também como princípio de conduta médica, tendo em vista que todo o cuidado ofertado ao usuário é pautado na sua prescrição, e que grupos terapêuticos, oficinas de trabalho e consultas com profissionais não médicos apresentam-se como coadjuvantes no tratamento. Somado a essas evidências, a grande demanda, o espaçamento entre consultas e a precarização das relações de trabalho impossibilitam a construção de vínculos entre profissional e usuário, tão necessária para um cuidado integral.

No que concerne à organização do serviço, percebeu-se um cuidado restrito ao Caps, onde os demais dispositivos que compõe a Raps ficam subutilizados. Há, ainda, uma importante desarticulação com a Atenção Primária à Saúde, tendo em vista falhas no referenciamento, além do não compartilhamento de projetos. Tais fatos contribuem

para a institucionalização do usuário no Caps, entendendo este serviço como o único equipamento disponível.

Pensar no protagonismo da pessoa em sofrimento psíquico é refletir sobre a (des) institucionalização desse sujeito, e, nesse processo, ainda que como um vir a ser, a autonomia merece ser resgatada como uma condição de saúde e de cidadania, da própria vida, um valor fundamental. O caminho a ser percorrido em busca da integralidade do cuidado deve voltar-se para ações que busquem romper com a limitação das ações dos profissionais, usuários e seus familiares, diante da remissão de sinais e sintomas da doença, para abranger uma compreensão mais ampla dos fatores que influem na capacidade de participação social, ou seja, na compreensão de um sujeito integrado em uma coletividade, mas sem deixar de reconhecer os limites e as potencialidades da sua singularidade. ■

## Referências

AMARANTE, P. C. D. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.

BARBOSA, V. F. B. *et al.* The mental health care in Brazil: a reading from the biopower and biopolitics devices. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 178-189, 2016.

BEZERRA, I. C. *et al.* "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentalização e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 61-74, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0061.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 12 maio 1998. *Diário Oficial [da] União*. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/1998/prt0344_12_05_1998_rep.html>. Acesso em: 8 ago. 2014.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 37, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2016.

_____. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a07v13s1.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 20 maio 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 30 jun. 2016.

COSTA, A. *et al*. Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n. 7, p. 46-53, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000100008>. Acesso em: 30 jun. 2016.

MAITI, R.; ALLOZA, J. Social Pharmacology: Expanding Horizons. *Indian j pharmacol*, Ahmedabad, n. 46, p. 246-50, 2014.

MERHY, E. E. *Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos:* novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde: desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões. 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2015.

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

PANDE, M. N. R.; AMARANTE, P. Desafios para os CAPS como serviços substitutivos – a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2067-2076, 2011.

PIRES, M. R. G. M; GÖTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. *Rev. Bras. Enferm*. Brasília, DF, v. 62, n. 2, abr. 2009.

ROSA, B. P. G. D.; WINOGRAD, M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentalização do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicol. Soc.,* Belo Horizonte, v. 23, n. especial, p. 37-44, 2011.

SANTOS, D. V. D. *Uso de psicotrópicos na atenção primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada*. 2009. 94 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicol., Ciênc. Prof. (Impr.)*, Brasília, DF, v. 31, n. 3, p. 640-655, 2011.

SILVA, A. C. P. *et al*. A explosão do consumo de Ritalina. *Revista de Psicologia da UNESP,* Assis, v. 11, n. 2, p. 44-57, 2012.

SILVA, H. F.; OLIVEIRA, E. A. Panorama da produção de medicamentos no Brasil. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. *et al.* (Org.). *Assistência Farmacêutica:* gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

TESSER, C. D. Social medicalization (I): the exaggerated success of modern 'epistemicide' in health. *Interface (Botucatu),* Botucatu, v. 10, n. 19, p. 61-76, jan./jun. 2006.

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

# Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares

## *Religion and mental disorders in the perspective of health professionals, psychiatric patients and their families*

Amanda Márcia dos Santos Reinaldo[1], Raquel Lana Fernandes dos Santos[2]

**RESUMO** O objetivo do estudo foi compreender as percepções de profissionais de saúde, pacientes e seus familiares com relação à religião e aos transtornos psiquiátricos. Estudo etnográfico. Para análise, foi utilizada a análise de conteúdo. Categorias identificadas: 1. Vivência religiosa/espiritualidade como fator que fortalece o indivíduo no enfrentamento da doença; 2. Vivência religiosa/espiritualidade como fator que dificulta o tratamento; 3. Dificuldades do profissional de lidar com a vivência religiosa/espiritualidade de pacientes e familiares. É necessário reconhecer a necessidade de uma abordagem cultural do tema. Muitas perguntas se mantêm sem respostas e desafiam os estudiosos da área.

**PALAVRAS-CHAVE** Religião. Saúde mental. Espiritualidade. Psiquiatria. Transtornos mentais.

**ABSTRACT** *The aim of the study was to understand the perceptions of health professionals, patients and their families with regard to religion and psychiatric disorders. It is an ethnographic study. For analysis, it was used the content analysis. Categories identified: 1. Religious/spirituality experience as a factor that strengthens the individual in the confrontation of the disease; 2. Religious/spirituality experience as a factor that complicates the treatment; 3. Difficulties encountered by the professional in dealing with the religious/spirituality experience of patients and family members. It is necessary to recognize the need for a cultural approach to the topic. Many questions remain unanswered and challenge researchers in the field.*

**KEYWORDS** *Religion. Mental health. Spirituality. Psychiatry. Mental disorders.*

[1] Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada – Belo Horizonte (MG), Brasil.
*amandamsreinaldo@gmail.com*

[2] Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem – Belo Horizonte (MG), Brasil.
*quel.lana@hotmail.com*

 DOI: 10.1590/0103-1104201611012

# Introdução

A relação entre religião, religiosidade, espiritualidade e saúde/doença mental tem sido um assunto de interesse nas ciências sociais, comportamentais e de saúde.

A experiência religiosa e suas diferentes formas de expressão foram ignoradas por muito tempo na abordagem ao paciente psiquiátrico, e, em contrapartida, algumas religiões desencorajavam ou proibiam seus seguidores de procurar tratamento quando do adoecimento mental (ALVES *ET AL.*, 2010).

Para a psiquiatria, a espiritualidade, a religião, a religiosidade e suas manifestações estiveram, historicamente, associadas a atitudes negativas que comprometiam a evolução do quadro clínico e influenciavam na produção de sintomas (PARGAMENT; LOMAX, 2013). São temas que estão integrados na rotina psiquiátrica, sendo essa uma evidência científica, apesar da controvérsia que o tema traz para a área (KING *ET AL.*, 2013; ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014). Pesquisas apontam que o envolvimento religioso está relacionado a melhores resultados na recuperação de doença física e mental, na manutenção da saúde mental, física e da longevidade. Por outro lado, também pode estar associado a resultados negativos – como o fanatismo, as mortificações e o tradicionalismo opressivo – e ao uso inadequado dos serviços de saúde (PARGAMENT; LOMAX, 2013).

O potencial para os efeitos positivos e negativos está associado ao processo saúde/doença mental, combinado com o envolvimento com as questões religiosas, o que sugere que essa é uma área que demanda investigação. Independentemente das relações que se estabelecem, compreende-se que as escolhas e expressões religiosas devem ser respeitadas quando esse é o desejo do paciente, em respeito à fé individual (PARGAMENT; LOMAX, 2013).

Para a enfermagem, o desafio está em abordar essa temática considerando os conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade, visto que os demais conceitos envolvidos são mais tangíveis e estão próximos do universo da profissão (RUDOLFSSON; BERGGREN; SILVA, 2014; GARCIA; KOENIG, 2013).

O objetivo do estudo foi compreender a percepção de profissionais de saúde, líderes religiosos, pacientes e seus familiares com relação à religião, à religiosidade, à espiritualidade e aos transtornos psiquiátricos.

# Métodos

Trata-se de um estudo etnográfico que tem como objetivo a compreensão do comportamento humano inserido em seu contexto cultural. A etnografia é um trabalho descritivo da cultura de um povo ou de um grupo, e a cultura caracteriza o modo de vida desse grupo, incluindo o modo como seus integrantes resolvem seus problemas, comunicam-se, interagem, comem, vestem-se, quais são suas tradições, crenças e costumes. Engloba, também, a compreensão de suas ações e seus sentimentos diante das adversidades. Todos os grupos apresentam um modo constante e complexo de se comportar diante dos eventos que lhes rodeiam (JACKSON, 2003).

Os informantes do estudo etnográfico devem ser selecionados de acordo com o grau de envolvimento com o fenômeno de interesse do pesquisador. Já o informante-chave é aquele que, além de deter o conhecimento sobre o fenômeno, também conhece as pessoas envolvidas no desenvolvimento do mesmo e em seus desdobramentos (JACKSON, 2003).

A coleta das informações foi realizada no próprio local de trabalho ou de atuação do sujeito da pesquisa, ou em locais pré-definidos entre pesquisador e colaborador. O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevistas onde os colaboradores discorriam sobre o tema de forma livre, por um tempo de 60 a 120 minutos.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. A definição dos

colaboradores, a princípio, foi realizada por meio da técnica de bola de neve, na qual um indicava o outro, e assim foi composta a amostra do estudo. Compuseram a amostra 56 pessoas com diagnóstico de transtorno psiquiátrico ou abuso de drogas há mais de 3 anos, com ou sem vivência religiosa/espiritualidade e que estivessem, no momento da entrevista, fora da crise e em tratamento; 35 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos) que desenvolviam, à época da coleta, atendimento a pacientes psiquiátricos de forma direta, com ou sem algum tipo de vivência religiosa; 46 familiares dos pacientes colaboradores do estudo, com ou sem vivência religiosa/espiritualidade, e que convivessem diretamente com eles; e 12 líderes religiosos (pastores, padres, trabalhadores de centros espíritas, trabalhadores de terreiros de umbanda) que conheciam e conviviam com usuários da saúde mental e seus familiares há, no mínimo, um ano.

A amostra dos estudos etnográficos é formada por um recorte da realidade, onde podemos observar eventos, atividades, informações, documentos, em diferentes momentos, por isso a coleta de dados foi realizada em mais de um momento e, em alguns casos, em diferentes cenários (casa espírita, igreja, residência do colaborador, centro de umbanda, consultório do profissional entrevistado, serviços de saúde) (GERMAIN, 1993). Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de origem do pesquisador principal (nº 31574814.6.0000.5149).

Os dados foram avaliados por meio da análise de conteúdo que compreende: 1. A pré-análise; 2. A exploração do material; e, por fim, 3. O tratamento dos resultados (BARDIM, 2009). Os dados foram tabulados com o uso do *software* de análise de textos, vídeos, áudios e imagens Web Qualitative Data Analysis (WebQDA). O sistema é organizado em três áreas: 1. Fontes – onde o sistema é alimentado com os dados da pesquisa, organizados de acordo com a necessidade do investigador; 2. Criação de codificação ou categorias – interpretativas ou descritivas; e 3. Questionamento – o investigador cria as dimensões, os indicadores ou as categorias, sejam elas interpretativas ou descritivas, que serão analisadas de acordo com modelos de análise previamente elaborados para cada uma delas (COSTA; LINHARES; SOUZA, 2012).

Neste estudo, foram utilizados os seguintes conceitos: Espiritualidade: algo que transcende o humano, como valores morais e de saúde ligados ao sobrenatural e à religião, e que está além da religião. Inclui a busca do autoconhecimento para transcender, implica fé e devoção (GARCIA; KOENIG, 2013); Religião: "é um sistema comum de crenças e práticas relativas a seres sobre humanos dentro de universos históricos e culturais específicos"; Religiosidade: "é o grau em que um indivíduo acredita, segue, e/ou pratica uma religião" (BEHERE, 2013, P. 192); Saúde mental:

> o bem-estar subjetivo, a auto eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência Inter geracional e a auto realização do potencial intelectual e emocional da pessoa [...] é algo mais do que a ausência de transtornos mentais. (OMS, 2001, P. 4);

Transtornos mentais:

> condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento sustentadas ou recorrentes e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida. (OMS, 2001, P. 18).

Para fins da apresentação dos resultados, foram agrupados os termos religião,

religiosidade e espiritualidade sob a denominação vivência religiosa/espiritualidade. As categorias identificadas foram: 1. A vivência religiosa/espiritualidade como fator que fortalece o indivíduo no enfrentamento da doença; 2. A vivência religiosa/espiritualidade como fator que dificulta o tratamento; 3. Dificuldade do profissional de abordar e lidar com a vivência religiosa/espiritualidade com pacientes e familiares.

## Resultados e discussão

### Vivência religiosa/espiritualidade como fator que fortalece o indivíduo no enfrentamento da doença

As pessoas com transtornos mentais entrevistadas identificaram que a vivência religiosa/espiritualidade traz um alento para a vida quando associada ao apoio da rede social que se estabelece nas agências religiosas frequentadas por esses indivíduos. Para eles, o fato de não serem vistos como diferentes ou tratados como pessoas doentes também ajuda na lida diária com os sintomas da doença. A vivência religiosa/espiritualidade foi identificada como uma ferramenta de enfrentamento às dificuldades do dia a dia impostas pelas limitações acarretadas por delírios e alucinações, principalmente na relação dessas pessoas com familiares e amigos. Para os entrevistados, ela traz conforto e esperança de dias melhores no seu cotidiano.

Em estudo realizado na Suíça com pacientes esquizofrênicos, após três anos do diagnóstico, a religião foi compreendida como uma forma de enfrentar o adoecimento ou de se manter passivo diante do mesmo. Independentemente da forma como ela foi utilizada, os participantes do estudo consideraram a religião um recurso vital e adaptativo para sua condição de vida e sua relação com os processos de adoecimento e tratamento, tais como a autorregulação, o apego, o conforto emocional, o significado e a espiritualidade. Foi observado que os indivíduos do estudo puderam autorregular seus sintomas quando se sentiam seguros e amparados por um ser divino e apresentavam menos sintomas negativos, melhor funcionamento social e, consequentemente, melhor qualidade de vida. A religião pode ser utilizada como recurso de apoio para o indivíduo pelo sentimento de pertença ao grupo religioso, e o contrário também se dá quando esse é visto como alguém possuído por alguma entidade do mal – daí advém o sentimento de isolamento e a busca de apoio e conforto espiritual em Deus (PARGAMENT; LOMAX, 2013).

O fato de frequentar um espaço religioso também foi visto pelos entrevistados como fator protetor para o desencadeamento da crise. Os usuários da saúde mental apontaram que a relação com os líderes religiosos tem papel fundamental no momento de avaliar se estão ou não 'entrando' em crise. É a eles que essas pessoas se reportam em primeiro plano quando identificam que há algo de errado com seus pensamentos ou ações do dia a dia. Em geral, esses líderes indicam que um serviço de apoio em saúde seja procurado o mais rápido possível e, em alguns casos, correntes de oração, trabalhos espirituais e novenas em sua intenção para ajudar naquele momento de dificuldade.

A religião atribui significado à experiência de adoecimento. Com relação aos sintomas, propriamente, estudos apontam que pacientes com delírios místicos ou religiosos e alucinações auditivas com conteúdo religioso encontraram nos representantes das agências religiosas apoio para compreender e enfrentar as dificuldades impostas pelos sintomas e formas de manejar situações de estresse (PARGAMENT; LOMAX, 2013).

A religião influencia a saúde mental por meio de comportamentos e estilo de vida saudáveis, apoio social, sistemas de crenças,

estrutura cognitiva, práticas religiosas e expressão saudável do estresse gerado pelo adoecimento (KIM; HUH; CHAE, 2015).

Os profissionais de saúde entrevistados identificaram a religião como um fator que contribui para a saúde mental do indivíduo quando ela se apresenta como um recurso de reinserção social, um espaço de trocas afetivas e um local de apoio social. Alguns profissionais (15) apontam que pacientes com vivência religiosa/espiritualidade usavam menos medicação e tinham melhor qualidade de vida do que aqueles que não possuíam um sistema de crenças.

A reforma psiquiátrica brasileira e seus pressupostos, entre eles, a reabilitação psicossocial, favorecem essa compreensão por parte dos profissionais de saúde. Embora alguns profissionais se declarassem ateus, a questão da necessidade de apoio social e a possibilidade de encontrá-lo nos ambientes religiosos foi identificada nos discursos de todos os entrevistados.

Estudo comparando a cultura norte-americana e a do Reino Unido afirma que não há diferença quando se relaciona prevalência de transtornos mentais entre pessoas religiosas ou não, e assinala que a religiosidade/espiritualidade está associada a uma melhor saúde mental. Entre os 7.403 participantes do estudo, 35% tinham uma compreensão religiosa da vida, professavam uma religião; 19% consideravam ter uma vida espiritual; e 46% não tinham religião ou cultivavam uma vida espiritual. Entre as pessoas que não eram religiosas nem tinham uma vida espiritual, 73% já haviam tido alguma experiência com drogas na vida, 56% afirmaram que comiam mal e 95% queixaram-se de ansiedade e fobia ou apresentaram algum transtorno neurótico. Também foi observado que esse grupo utilizava mais medicação psicotrópica quando comparado com os que professavam alguma religião ou afirmavam ter uma vida espiritual. A pesquisa aponta que, sem uma crença, fé ou interesse religioso, esses indivíduos ficam vulneráveis no sentido de não pertencerem a um grupo social, não tendo, portanto, o apoio desse grupo quando necessitam (SMOLAK *ET AL.*, 2013).

Para os familiares e líderes religiosos entrevistados, a vivência religiosa/espiritualidade é importante quando o paciente consegue separar 'o que é da doença e o que não é'; aproxima o paciente da família e do grupo religioso, protegendo-o de situações de risco; proporciona melhor convívio familiar e contribui para que o paciente siga o tratamento corretamente.

Estudo realizado na Coreia do Sul, com 235 pacientes ambulatoriais com transtornos depressivos, ao avaliar o quadro clínico dos pacientes associando dados, como estado civil, tempo de tratamento e gravidade da doença com maior ou menor grau de importância para religião e espiritualidade, a partir da Clinical Global Impression – Improvement Scale (CGI-I), observou melhores respostas ao tratamento medicamentoso utilizado (SMOLAK *ET AL.*, 2013).

Apesar da diversidade religiosa em nosso País, observa-se que, independentemente da vivência religiosa/espiritualidade dos indivíduos, há implicações maiores no que tange à questão em estudo. O envolvimento com o tratamento, com grupos sociais e familiares e o sentimento de pertença e segurança geram ambientes propícios para melhor qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

## Vivência religiosa como fator que dificulta o tratamento

Neste estudo, os pacientes e familiares entrevistados evidenciam que a religião se torna algo prejudicial quando usuários e familiares, em nome da vivência religiosa/espiritualidade que professam, negam a necessidade de tratamento para os transtornos mentais. Compartilham desse pensamento os profissionais de saúde que veem nesse momento a religião como algo que desequilibra os pacientes e desestabiliza suas relações sociais, dificultando o tratamento.

Para as pessoas com transtornos mentais entrevistadas, atividades religiosas que as expõem publicamente como alguém possuído por uma entidade do mal ou algo correlacionado geram sofrimento e constrangimento, o que contribui para o isolamento social. A partir desse momento, eles identificaram que os sintomas se agravavam e que, quando essa situação não é rapidamente resolvida ou amenizada, o quadro agudo se instala.

Estudo na Inglaterra, com 7.403 pessoas, examinou a associação entre a compreensão espiritual ou religiosa da vida e os sintomas e diagnósticos psiquiátricos. O estudo indica que pessoas com uma compreensão espiritual da vida tiveram melhor saúde mental do que aquelas que não adotavam uma vida nem religiosa nem espiritual (AGORASTOS; DEMIRALAY; HUBER, 2014).

Os familiares não religiosos que colaboraram com a pesquisa apontam que seus membros portadores de transtornos mentais, quando apresentam envolvimento ativo em atividades de cunho religioso, que se caracterizam como fanatismo, em geral, têm crises mais frequentes, com manifestações e discursos de cunho religioso. Isso é percebido como prejudicial para as relações familiares, pois eles atribuem o adoecimento ao não envolvimento da família com vivência religiosa/espiritualidade.

Os profissionais citam que em alguns momentos os pacientes atribuem a piora do quadro clínico a causas externas, de cunho espiritual, e que nesses casos eles não se responsabilizam pelo tratamento, aguardando uma solução divina. Quando há compreensão da família de que a vivência religiosa do paciente está interferindo no tratamento, inicia-se um conflito onde o ponto mais vulnerável é o paciente, que assume posição central entre o que defende o líder religioso e o que pensa a família.

A família nesse momento deve ser acionada com o paciente para que estratégias sejam oportunizadas na resolução do conflito. É imprescindível compreender a importância da família como protagonista no tratamento do sujeito em sofrimento mental. A inclusão da pessoa com transtorno mental no planejamento do que é melhor para a sua vida responsabiliza e envolve esse sujeito no processo de tomada de decisões, o que possibilita assumir um papel ativo na condução do tratamento.

Para os líderes religiosos, apesar de identificarem que alguns casos de transtornos mentais estão intimamente ligados a questões espirituais, portanto, fora da esfera da saúde, o tratamento de saúde deve ser realizado concomitantemente. Não foi identificada nos discursos dos líderes religiosos proscrição ao tratamento conduzido pelos profissionais de saúde.

Revisão realizada a partir de 43 publicações entre os anos 2000 e 2010 sobre apoio social e religião aponta que curandeiros, clérigos, profissionais de saúde mental, membros da família, parentes, cuidadores primários e pessoas em geral atribuem como fatores causais para a esquizofrenia: 1) Feitiçaria (incluindo magia negra, maldições, olho mau, enfeitiçamento); 2) Punição de Deus (incluindo ira divina, vontade de Deus); 3) Posse (incluindo intrusão de espírito e exorcismo); 4) Espíritos malignos; 5) Cósmica (incluindo o destino/predestinação, horóscopo desfavorável, o mal feito na vida anterior, desequilíbrio de yin e yang e influências planetárias); 6) Falta de fé ou fé equivocada; 7) Antepassados (comunicação e antepassados irritados); e 8) Fator não especificado (entrevistado declarou que as atribuições de causalidade foram de ordem sobrenatural). O estudo também aponta que a religião tem papel fundamental no manejo da esquizofrenia quando se considera o apoio social, sentimento de pertença a um grupo, fé, crença em uma força superior que pode salvar o indivíduo do mal que o acomete. É importante citar que, apesar dessa compreensão, 5 dos estudos apontam a necessidade de buscar ajuda junto aos profissionais da

saúde no que se refere à doença e à tomada de medicação, independentemente da crença; e 10 estudos salientaram que uma abordagem não invalida a outra (LEDFORD *ET AL.*, 2015).

Toda vivência religiosa/espiritualidade tem seu sistema de crenças, por isso, é importante conhecê-lo para identificar se interfere de forma positiva ou não no tratamento das pessoas com transtornos psiquiátricos e para intervir, se necessário. Diante da inserção do usuário da saúde mental em diferentes cenários, que não apenas na rede de atenção de cuidados, é importante ouvir o que pensam a família e os líderes religiosos a respeito do tema, considerando-os como parceiros importantes na rede social de apoio do paciente.

## Dificuldades do profissional para abordar e lidar com a vivência religiosa/espiritualidade com pacientes e familiares

Para os profissionais de saúde entrevistados, abordar o tema da vivência religiosa/espiritualidade com seus pacientes foi identificado como um problema quando eles têm que lidar com os desdobramentos dessa abordagem. Alguns profissionais (26) relataram que não abordam o tema por achá-lo irrelevante. Por fim, há uma compreensão dos profissionais de que a vivência religiosa/espiritualidade é importante para alguns pacientes e familiares, mas isso não implica que o profissional deva se envolver com essa questão.

A pesquisa sugere que os pacientes têm necessidades espirituais que devem ser identificadas e tratadas, mas que, em geral, profissionais de saúde mental não se sentem confortáveis diante do tema.

Na presença de psicopatologia, a religião pode contribuir para a produção dos sintomas. Em outros casos, ela pode integrar o paciente na sociedade ou motivá-lo a procurar tratamento, porém, pode dificultar o tratamento, quando proíbe a psicoterapia ou o uso da medicação (KIM; HUH; CHAE, 2014; COOK, 2015).

Durante parte do século XX, profissionais de saúde mental negavam os aspectos religiosos da vida humana e consideravam tal dimensão como um aspecto patológico da doença. No entanto, estudos epidemiológicos realizados nas últimas décadas têm mostrado que a religiosidade continua a ser um aspecto importante da vida humana e que, geralmente, tem uma associação positiva com boa saúde mental (KIM; HUH; CHAE, 2014).

Três profissionais relataram casos em que, ao abordarem a questão da vivência religiosa/espiritualidade, verificaram que os pacientes modificaram a relação com o tratamento. Nesses casos, além do tratamento convencional, os pacientes realizaram tratamentos espirituais, com melhora geral do quadro clínico. Os profissionais declararam que, de forma geral, desconhecem o tema, mas que, entre eles, às vezes, o tema surge em conversas informais sobre casos interessantes em que pacientes, após tratamentos espirituais, não tiveram mais crises.

Um profissional relatou que, após o tratamento espiritual de um paciente que acompanhava há muitos anos, percebeu que o conteúdo dos seus delírios e das alucinações passou a ter um cunho religioso. Esse profissional avaliou que, nesse caso, a relação com o paciente também se modificou, pois, com o tempo, o paciente deixou de informar sobre sintomas dessa natureza por acreditar que essa informação poderia ser usada contra ele.

Os temas religiosos, comumente encontrados em delírios e alucinações associados a transtornos mentais, foram objeto de um estudo que buscou estabelecer a frequência de ocorrência de delírios e alucinações de cunho religioso e sua inter-relação. O estudo concluiu que são necessários critérios de pesquisa mais claros para facilitar o estudo dessas relações, mas indica que nem sempre os pacientes se sentem livres para comentar com os psiquiatras seus sintomas religiosos, com medo de serem mal interpretados e ter seu tratamento modificado (ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014).

Entre os profissionais de saúde que relataram não abordar o tema com seus pacientes e familiares, nove se declararam ateus e acham que a vivência religiosa/espiritualidade não interfere no processo de adoecimento ou no tratamento. Quando percebem que o paciente ou familiar quer falar a respeito do tema, mudam de assunto ou ignoram a informação.

Estudo desenvolvido para avaliar o grau de religiosidade e espiritualidade de 99 psiquiatras alemães concluiu que quanto mais religiosos eram, mais consideravam a religião e a espiritualidade como algo benéfico na compreensão da doença e no tratamento do paciente, articulando tratamento convencional com apoio religioso e espiritual (LEDFORD *ET AL.*, 2015).

Autores divergem sobre até que ponto o terapeuta pode se envolver com o paciente sem colocar em risco o tratamento. Eles apontam que, apesar de a oração ser um fator de conforto e esperança para os pacientes, não há consenso se o médico deve manter uma posição neutra com relação às inclinações, crenças religiosas e espirituais dos pacientes sob o risco de violar sua individualidade e integridade, ou se ele deve defender e incentivar a vivência religiosa/espiritualidade (ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014).

As pesquisas assinalam que, entre as especialidades médicas, os psiquiatras são os menos religiosos, o que gera tensões entre médicos, pacientes e líderes de comunidades religiosas quando há divergências quanto à compreensão do tema (PARGAMENT; LOMAX, 2013).

Os profissionais de saúde que abordaram a questão (nove) eram pessoas com vivência religiosa/espiritualidade regular e que consideravam que esse tema deve ser pauta no momento da consulta e no planejamento do projeto terapêutico. Para eles e para os familiares com vivência religiosa/espiritualidade, é necessário integrar as abordagens física e espiritual em benefício do paciente e da qualidade de vida dessa pessoa.

Alguns princípios gerais devem ser seguidos para avaliar questões como espiritualidade e religiosidade em pessoas com transtornos mentais, como limites éticos, abordagem centrada na pessoa, contratransferência, interesse genuíno, respeito às crenças dos pacientes, valores e experiências (BEHERE, 2013).

Entre os profissionais entrevistados, há uma queixa recorrente com relação à formação acadêmica, durante a qual esse assunto não é abordado, e não há parâmetros para avaliar se esse envolvimento é benéfico ou não para a relação terapêutica. Para pacientes e familiares, o profissional, em geral, não se importa com a questão.

As vivências religiosas/espiritualidade dos pacientes psiquiátricos podem ser um tema negligenciado no momento da consulta. Talvez esse fato esteja ligado à falta de estudos sobre a forma como tais questões podem ser abordadas na prática psiquiátrica. Para alguns autores, é importante que se pergunte sobre o quanto a fé e a religião são importantes na vida dos indivíduos, caracterizando, assim, a história espiritual dos mesmos (ALVES *ET AL.*, 2010; PARGAMENT; LOMAX, 2013).

A dificuldade de pesquisar a área e definir limites e relações entre saúde, doença, religião, religiosidade e espiritualidade é multifatorial, pois esses são fenômenos multidimensionais, e nenhum fato pode explicar completamente suas ações e consequências. A combinação de crenças, comportamentos e ambiente promovida pelo envolvimento religioso, provavelmente, age para determinar os efeitos sobre a saúde de pessoas religiosas. No entanto, estudos empíricos têm tido sucesso limitado quando se propõem mensurar os mecanismos psicossociais envolvidos nessa relação e seus efeitos na promoção da saúde (BEHERE, 2013).

Para os pacientes falarem sobre suas vivências religiosas/espiritualidade, depende da relação que existe entre eles e o profissional que os acompanha. Com alguns profissionais, eles se sentem seguros para explorar a questão, já com outros, têm a impressão de que não são ouvidos ou que terão sua

medicação aumentada. Após relatarem suas experiências, crenças e valores a respeito do tema, eles sentem medo de não serem cuidados pelos profissionais.

Ao estudar a relação espiritualidade, valores espirituais e enfermagem, observa-se que a espiritualidade, quando relacionada aos cuidados de enfermagem, pode ser confundida com cuidado por parte do enfermeiro com o paciente (GARCIA; KOENIG, 2013).

Um profissional relatou que visitou um serviço fora do País onde se congregavam tratamentos espirituais e convencionais. Segundo ele, essa visita modificou a sua forma de pensar e abordar essa questão, e agora ele discute o tema com os pacientes e os incentiva a buscar apoio em suas crenças e valores espirituais.

Crenças espirituais e religiosas são comuns em todo o mundo, sendo que pelo menos 90% da população mundial está atualmente envolvida em alguma forma de prática religiosa ou espiritual. Há evidências consistentes de que a religiosidade e a espiritualidade desempenham um papel importante em vários aspectos da vida, especialmente na saúde mental.

Diante dessa evidência, organizações profissionais, como a American College of Physicians, a American Medical Association, a American Nurses Association e a Comissão Conjunta sobre a Acreditação de Organizações de Saúde Americana, reconhecem que o cuidado espiritual é um componente importante dos cuidados de saúde e que os profissionais de saúde devem integrá-lo na prática clínica no que se refere à saúde mental. Independentemente das relações que se estabelecem entre saúde, religião e doença, compreende-se que a vivência espiritual ou religiosa deve ser motivada quando é desejo do paciente, respeitando-se a fé individual de cada um (ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014; GARCIA; KOENIG, 2013).

## Considerações finais

Observa-se que os dados da pesquisa corroboram a produção científica na área, embora apresentem os limites do contexto cultural na qual ela foi desenvolvida. Percebe-se que os discursos dos colaboradores da pesquisa se entrelaçam em diferentes momentos, ora se aproximando de um consenso com relação ao tema, ora se distanciando, e que, mesmo quando divergentes, complementam-se.

Os resultados apontam avanços na percepção e na compreensão do tema pelos atores envolvidos no estudo. Alguns avanços e recuos podem ser identificados, entre eles, a necessidade de pesquisas com grupos em contextos específicos; a criação e a validação de instrumentos para mensurar até quando as vivências religiosas/espiritualidade podem ser benéficas ou não no tratamento dos transtornos mentais, já que os existentes foram desenvolvidos e validados em contextos que nem sempre expressam a coletividade, e existe a necessidade expressa do profissional de saúde de ter um parâmetro para avaliar essa interface.

Destaca-se a necessidade de pesquisar e discutir como e o que fazer para sensibilizar o profissional de saúde sobre o tema e de como lidar com as tensões entre os atores envolvidos quando há divergência entre a compreensão do mesmo. O estudo, apesar de suas limitações, ouviu os atores envolvidos na questão e, a partir dessa escuta, sugere uma nova perspectiva para as pesquisas na área. ■

## Referências


AGORASTOS, A.; DEMIRALAY, C.; HUBER, C. G. Influence of religious aspects and personal beliefs on psychological behavior: focus on anxiety disorders. *Psych Res Behav Manag.*, Auckland, v. 7, n. 23, p. 93-101, mar. 2014.

ALMEIDA, A. M.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr.*, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 543-557, abr./jun. 2014.

ALVES, R. R. N. *et al*. The influence of religiosity on health. *Cienc. Saude Colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2105-2111, jun./jul. 2010.

BEHERE, P. B *et al*. Religion and mental health. *Indian J Psych.*, Maharashtra, v. 14, n. 4, p. 187-194, jan. 2013.

COOK, C. C. H. Religious psychopathology: the prevalence of religious content of delusions and hallucinations in mental disorder. *Intern J Social Psych.*, Londres, v. 61, n. 4, p. 404-425, jun. 2015.

COSTA, A. P.; LINHARES, A. P.; SOUZA, F. N. Possibilidade de análise qualitativa no WEBQDA e colaboração entre pesquisadores em educação e comunicação. In: SIMPÓSIO EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO: INFOINCLUSÃO: POSSIBILIDADES DE ENSINAR E APRENDER, 3. *Anais*... Braga, p. 17-19, set. 2012.

GARCIA, K.; KOENIG, H. G. Re-examining definitions of spirituality in nursing research. *J Advan Nursing,* Oxford, v. 69, n. 12, p. 2622-2634, dez. 2013.

GERMAIN, C. P. Ethnography: the method. In: MINHALL, P.; BOYD, C. O. (Org.). *Nursing research:* a qualitative perspective. New York: National league for nursing, 1993.

JACKSON, W. *Methods*. Toronto: Pearson Education, 2003.

KIM, N. Y.; HUH, H. J.; CHAE, J. H. Effects of religiosity and spirituality on the treatment response in patients with depressive disorders. *Comprehensive Psych.,* Nova York, v. 4, n. 1, p. 77-95, jul. 2015.

KING, M. *et al*. Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households. *British J Psych.*, Londres, v. 22, n. 1, p. 68-73, jan. 2013.

LEDFORD, C. J. W. *et al*. Differences in physician communication when patients ask versus tell about religion/spirituality: a pilot study. *Psych Res. Behav. Manag.*, Auckland, v. 47, n. 2, p. 138-142, fev. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Saúde mental:* nova concepção, nova esperança. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Genebra: OMS, 2001.

PARGAMENT, K. I.; LOMAX, J. W. Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psych.*, Londres, v. 12, n. 1, p. 26-32, fev. 2013.

RUDOLFSSON, G.; BERGGREN, I.; SILVA, A. B. Experiences of spirituality and spiritual values in the context of nursing: an integrative review. *The Open Nursing J.*, Hilversum, v. 6, n. 8, p. 64-70, dez. 2014.

SMOLAK, A. *et al*. Social support and religion: mental health service use and treatment of schizophrenia. *Community Mental Health J.*, Lexington, v. 49, n. 4, p. 444-450, ago. 2013.


Recebido para publicação em outubro de 2015
Versão final em junho de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

# Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família

## *Overload degree of caregivers of elderly assisted at home by the Family Health Strategy*

Emanoel Avelar Muniz[1], Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas[2], Eliany Nazaré Oliveira[3], Maria Ribeiro Lacerda[4]

**RESUMO** Objetivou-se conhecer as características sociodemográficas, de saúde e o grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família de Sobral (CE). Pesquisa de abordagem quantitativa do tipo descritiva, foram entrevistados 60 cuidadores de idosos e utilizou-se a escala de Zarit. Os cuidadores são de todas as idades, inclusive tendo mais de 60 anos (26,7%); do sexo feminino (90%); portadores de hipertensão (33,3%) e diabetes (16,7%); e apresentam sobrecarga leve (81,7%). Identificou-se a existência de idosos cuidando de idosos e fragilidade nas ações de apoio às famílias, necessitando de novas estratégias de cuidado e do direcionamento de políticas.

**PALAVRAS-CHAVE** Cuidadores. Saúde do idoso. Assistência domiciliar. Estratégia Saúde da Família.

**ABSTRACT** *This study aimed to know the sociodemographic characteristics, health and the degree of overload on caregivers of patients attended at home by the Family Health Strategy of Sobral (CE). In this quantitative approach research of descriptive type, 60 caregivers of the elderly were interviewed an it was used Zarit scale. Caregivers are of all ages, including those who have more than 60 years (26.7%), female (90%), hypertensive (33.3%), and diabetes (16.7%); and present light overload (81.7%). It was identified the existence of older people caring for the elderly and fragility in supporting actions to families, requiring new care strategies and direction of policies.*

**KEYWORDS** *Caregivers. Health of the elderly. Home nursing. Family Health Strategy.*

[1] Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE) – Tianguá (CE), Brasil. Universidade Federal do Ceará (UFC) – Sobral (CE), Brasil. *emanoelavelar@gmail.com*

[2] Universidade Federal do Ceará (UFC), Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (Masf) – Sobral (CE), Brasil. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – Sobral (CE), Brasil. *cibellyaliny@gmail.com*

[3] Universidade Federal do Ceará (UFC), Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (Masf) – Sobral (CE), Brasil. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – Sobral (CE), Brasil. *elianyy@hotmail.com*

[4] Universidade Federal do Paraná (UFPR), Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Curitiba (PR), Brasil. *mrlacerda55@gmail.com*

 DOI: 10.1590/0103-1104201611013

# Introdução

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, sofre modificações radicais e bastante aceleradas. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Um dos resultados dessa dinâmica é a maior procura dos idosos por serviços de saúde (VERAS, 2009).

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população, fomentando a qualidade de vida, por exemplo, mediante a promoção do envelhecimento saudável. Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, as necessidades e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006B) define a Atenção Domiciliar (AD) às pessoas idosas como um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que estão inseridos, de seus potenciais e limitações. Articulam promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a preservação de sua autonomia.

A primeira condição para que ocorra a assistência domiciliar é o consentimento da família em relação à presença do cuidador, que é a pessoa que presta diretamente os cuidados ao idoso, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família. Propõe-se que o cuidador seja orientado pela equipe de saúde nos cuidados a serem realizados diariamente no próprio domicílio. As atribuições devem ser pactuadas entre equipe, família e cuidador, democratizando saberes, poderes e responsabilidades. (BRASIL, 2012).

Nesse sentido Gratão *et al.* (2013) destacam que o suporte aos cuidadores representa novo desafio para o sistema de saúde brasileiro, justificando a necessidade de estudos sobre essa temática principalmente no que se refere ao conhecimento das causas que levam o cuidador a adoecer e, consequentemente, das necessidades de saúde dessa população.

Assim, por conta da potencialidade da AD para ampliar a integralidade na assistência à saúde e, do grande número de idosos e familiares/cuidadores que não se sentem amparados pelo sistema/equipe de saúde objetiva-se conhecer as características sociodemográficas e de saúde, bem como o grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos em AD na ESF de Sobral (CE). Esta pesquisa mostra-se relevante haja vista a possibilidade de traçar um perfil dos cuidadores de idosos, identificar necessidades e possibilidades para a construção de uma política de saúde que contemple essa população.

# Métodos

Esta pesquisa é de abordagem quantitativa do tipo descritiva. Foi eleito como campo de pesquisa o município de Sobral, principal cidade do noroeste do Ceará, localizada a 238 km de Fortaleza (CE), contando com uma área de aproximadamente 2.123 km² e uma população de 212.718 habitantes (SOBRAL, 2012).

A ESF de Sobral (CE) possui 34 Centros de Saúde da Família (CSF) para todo o município, sendo 20 situados na zona urbana e 14 na zona rural. As equipes da ESF totalizam 57, sendo que 41 atuam na sede e 16 na zona rural. Atualmente, a ESF do município está dividida em quatro macro áreas de saúde, de acordo com as características de cada território.

Reconhecendo a grande quantidade e

diversidade de territórios da ESF de Sobral (CE), foi utilizada a amostragem intencional, elegendo como critério de escolha a macro área que possuía o maior número de idosos de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) de 2013. Sendo assim, esta pesquisa foi realizada nos territórios da macro área II, incluindo 6 CSF da sede do município que possuía uma população de idosos de aproximadamente 7 mil pessoas. A coleta de informações foi desenvolvida no período de setembro de 2014 a março de 2015.

Partindo da informação obtida junto às gerentes dos CSF, de que os idosos domiciliados e/ou acamados representavam cerca de 10% da população de idosos atendidos pela ESF, a amostra de sujeitos do estudo foi de 60 familiares/cuidadores principais, responsáveis pelo cuidado em domicílio de idosos em AD na ESF identificados pelas respectivas equipes representando aproximadamente 9% do total de cuidadores da macro área II. Os sujeitos aceitaram participar da pesquisa após conhecerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram a entrevista semiestruturada e a escala de sobrecarga do cuidador, de Zarit.

A entrevista semiestruturada continha questões sobre a situação sociodemográfica dos cuidadores; problemas de saúde, uso de álcool, fumo e/ou drogas ilícitas; consumo de medicações; prática de atividades físicas; grau de parentesco com o idoso; tempo de exercício da atividade de cuidador; compartilhamento das tarefas de cuidado; recebimento de auxílio financeiro para exercer a atividade; e realização de treinamento ou capacitação para o cuidado.

A avaliação da sobrecarga dos cuidadores de Zarit serviu para avaliar se os cuidadores de idosos estão sobrecarregados. Foi aplicada para o cuidador principal – pessoa que mais ajuda, e realizada sem a presença do idoso.

Para a organização e a análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva, distribuindo em porcentagens as principais características sociodemográficas e de saúde dos cuidadores além do resultado da escala de Zarit.

Adotaram-se as recomendações éticas para pesquisa envolvendo seres humanos contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), obtendo-se a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sob o nº 31215114.9.0000.5053 do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE).

Este artigo é um recorte da dissertação intitulada 'Atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: análise das perspectivas de idosos, cuidadores e profissionais', apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (Masf), da Universidade Federal do Ceará (UFC) – Campus Sobral.

## Resultados e discussão

Considerando a importância de conhecer os sujeitos envolvidos na AD, no âmbito da ESF, será apresentada uma descrição das principais características sociodemográficas e de saúde dos familiares/cuidadores principais dos idosos, além de fatores inerentes ao cuidado oferecido, e avaliação do grau de sobrecarga do cuidador, conforme a escala de Zarit.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos cuidadores de idosos em Atenção Domiciliar, na macro área II, da Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará, 2015

| **Características** | **Quantidade** | **Porcentagem** |
|---|---|---|
| **Idade** | **N** | **%** |
| 20-29 | 6 | 10 |
| 30-39 | 12 | 20 |
| 40-49 | 13 | 21,7 |
| 50-59 | 13 | 21,7 |
| >60 | 16 | 26,7 |
| **Sexo** | **N** | **%** |
| Feminino | 54 | 90 |
| Masculino | 6 | 10 |
| **Escolaridade (anos)** | **N** | **%** |
| Nenhum | 14 | 23,3 |
| 1 a 4 | 21 | 35 |
| 5 a 8 | 11 | 18,3 |
| 9 a 11 | 6 | 10 |
| >11 | 8 | 13,3 |
| **Raça** | **N** | **%** |
| Parda | 47 | 78,3 |
| Branca | 6 | 10 |
| Preta | 7 | 11,7 |
| **Religião** | **N** | **%** |
| Católica | 46 | 76,7 |
| Evangélica | 8 | 13,3 |
| Testemunha de Jeová | 2 | 3,3 |
| Não tem | 4 | 6,6 |
| **Situação conjugal** | **N** | **%** |
| Solteiro | 28 | 46,7 |
| Casado | 16 | 26,7 |
| União estável | 10 | 16,7 |
| Divorciado/Separado | 5 | 8,3 |
| Viúvo | 1 | 1,7 |
| **Total** | **60** | **100** |

Fonte: Elaboração própria.

Entre as principais características sociodemográficas identificadas nos cuidadores de idosos que recebem AD pela ESF de Sobral (CE), destacam-se pessoas de todas as idades, especialmente com mais de 60 anos (26,7%), ou seja, idosos cuidando de outros idosos; sexo feminino (90%); baixa escolaridade, um a quatro anos de estudo (35%), cor parda (78,3%); religião católica (76,7%); e solteiros (46,7%).

Tabela 2. Características da situação de saúde dos cuidadores de idosos em Atenção Domiciliar, na macro área II, da Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará, 2015

| **Características** | **Quantidade** | **Porcentagem** |
|---|---|---|
| **Problemas de saúde** | **N** | **%** |
| HAS | 20 | 33,3 |
| DM | 10 | 16,7 |
| Osteoarticulares | 11 | 18,3 |
| Dislipidemias | 9 | 15 |
| Psiquiátricos | 7 | 11,7 |
| Neurológicos | 5 | 8,3 |
| Outros | 14 | 23,3 |
| Nenhum | 21 | 35 |
| **Medicações utilizadas** | **N** | **%** |
| Anticonvulsivantes | 4 | 6,7 |
| Antidepressivos | 6 | 10 |
| Anti-hipertensivos | 20 | 33,3 |
| Antilipemiantes | 9 | 15 |
| Antiplaquetários | 3 | 5 |
| Antipsicóticos | 3 | 5 |
| Diuréticos | 5 | 8,3 |
| Hipoglicemiantes | 10 | 16,7 |
| Hormônios | 3 | 5 |
| Vitaminas | 4 | 6,7 |
| Outros | 14 | 23,3 |
| Nenhuma | 25 | 41,2 |
| **Uso de álcool/fumo** | **N** | **%** |
| Álcool | 6 | 10 |
| Fumo | 10 | 16,7 |
| Nenhum | 47 | 78,3 |

Tabela 2. (cont.)

| Realiza atividade física | N | % |
|---|---|---|
| Não | 53 | 88,3 |
| Sim | 7 | 11,7 |
| **Total** | **60** | **100** |

Fonte: Elaboração própria.

Com relação às características da situação de saúde destacaram-se os consumos de fumo (16,7%) e álcool (10%), e, a não realização de atividades físicas regulares (88,3%). Entre os problemas de saúde referidos, os mais incidentes foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), em 33,3% dos cuidadores; o Diabetes *Mellitus* (DM), em 16,7%; e os osteoarticulares, em 18,3%. Com relação ao consumo de medicamentos, predominaram os anti-hipertensivos (33,3%), os hipoglicemiantes (16,7%) e os antilipemiantes (15%).

Em pesquisa realizada por Von Kanel e*t al.* (2011) foi identificado risco cardiometabólico particularmente elevado em cuidadores de pacientes com demência que relataram níveis reduzidos de atividade física regular. O exercício físico reduz o risco de doenças cardiovasculares, mas cuidadores podem ter menos oportunidades de praticar tal atividade.

Tabela 3. Características do trabalho dos cuidadores de idosos em Atenção Domiciliar, na macro área II, da Estratégia Saúde da Família Sobral, Ceará, 2015

| Características | Quantidade | Porcentagem |
|---|---|---|
| **Cuidador principal** | **N** | **%** |
| Filho | 40 | 66,7 |
| Companheiro | 9 | 15 |
| Neto | 7 | 11,7 |
| Outros | 4 | 6,7 |
| **Tempo de cuidador** | **N** | **%** |
| <1 ano | 6 | 10 |
| 1 ano | 8 | 13,3 |
| 2 anos | 8 | 13,3 |
| 3 anos | 4 | 6,7 |
| 4 anos | 3 | 5 |
| 5 anos | 4 | 6,7 |
| >5 anos | 12 | 20 |
| >10 anos | 15 | 25 |

Tabela 3. (cont.)

| **Cuidadores secundários** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| Filho | 18 | 30 |
| Neto | 9 | 15 |
| Nora/genro | 7 | 11,7 |
| Irmão | 5 | 8,3 |
| Companheiro | 4 | 6,7 |
| Outros | 10 | 16,7 |
| Nenhum | 22 | 36,7 |
| **Auxílio financeiro** | **N** | **%** |
| Não | 44 | 73,3 |
| Sim | 16 | 26,7 |
| **Treinamento** | **N** | **%** |
| Não | 50 | 83,3 |
| Sim | 10 | 16,7 |
| **Escala de sobrecarga** | **N** | **%** |
| Leve (até 44 pontos) | 49 | 81,7 |
| Moderada (>44 pontos) | 11 | 18,3 |
| **Total** | **60** | **100** |

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere à execução do cuidado domiciliar, os filhos se destacaram como cuidadores principais (66,7%) e secundários (30%), exercendo essa atividade, na maioria dos casos (55%), há menos de cinco anos, evidenciando a crescente demanda por novos cuidadores; sem recebimento de auxílio financeiro (73,3%), ou, treinamento (83,3%); e desempenhando esse papel de forma solitária (36,7%). Quanto ao resultado da escala de sobrecarga de Zarit, apresentaram sobrecarga leve (81,7%).

Ao comparar os achados da pesquisa com as características sociodemográficas e clínicas dos cuidadores familiares de idosos residentes em Curitiba (PR), verificaram-se as seguintes características: idades entre 50 e 60 anos; sexo feminino; mais de 8 anos de escolaridade; situação conjugal de união estável; crença religiosa; filiação como grau de parentesco; ausência de ocupação profissional; renda familiar de dois a três salários-mínimos; coabitam com o idoso; partilham do cuidado com outros familiares; cuidam do idoso há mais de três anos; realizam acompanhamento médico; e possuem alguma doença, com prevalência de HAS, de depressão e das inflamatórias. Tudo isto, além de apresentarem grau de sobrecarga moderado (SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014).

Assim, notam-se muitas semelhanças entre o grupo de cuidadores de idosos de

Sobral (CE) e de Curitiba (PR), como também algumas especificidades, provavelmente devidas às melhores condições socioeconômicas e de saúde da população da região Sul do Brasil. Já no estudo realizado por Del Duca, Thumé e Halal (2011), as esposas representaram 39,5% dos cuidadores de idosos; e os filhos, 23,7%, apontando divergências entre os resultados das pesquisas.

É sabido que a sobrecarga de trabalho está diretamente vinculada ao tipo de doença/agravo com a qual o cuidador deve lidar. Assim, o fato de ter-se constatado sobrecarga leve neste estudo pode estar relacionado ao perfil do idoso cuidado em casa pela ESF de Sobral (CE). De acordo com Muniz (2015) eles são maioritariamente de idades avançadas e apresentam, predominância de doenças crônicas como HAS, DM e as osteoarticulares, incluindo comorbidades e, grande consumo de medicações. Em relação às Atividades da Vida Diária (AVD) foram considerados dependentes parciais ou independentes.

Em estudo realizado com idosos residentes em uma comunidade rural do Vietnã, verificou-se que: a maioria deles não necessita de apoio nas AVD; idosos que precisam de ajuda total foram encontrados em menor número do que aqueles que precisam de alguma ajuda nas AVD; os filhos e netos foram elencados como principais cuidadores (HOI; THANG; LINDHOLM, 2011). Mendoza-Suárez (2014), em estudo realizado com familiares encarregados do cuidado de pacientes com enfermidades neurológicas, observou que o maior nível de sobrecarga nos cuidadores foi proporcional a maior incapacidade do paciente.

A imensa maioria de cuidadores do sexo feminino vista em Sobral (CE) e em outros estudos destaca a centralidade da mulher enquanto representante dos cuidados na família, e suas consequências paradoxais. Desta forma, Gutierrez e Minayo (2010) lembram que a centralidade conferida à mulher tem importantes implicações políticas, pois traz consigo: (a) a justificação social da ausência e da desresponsabilização do homem na esfera dos cuidados com a saúde; e (b) o aprisionamento da mulher em suas atividades tradicionais, o que é uma forma de permanência da opressão feminina e seu enclausuramento na cena doméstica.

As demandas de trabalho dos cuidadores familiares ocasionam tensão e sintomas depressivos. Os cuidadores que trabalham em tempo integral possuem mais dificuldade para conciliar trabalho e prestação de cuidados. Assim, é necessário identificar grupos de alto risco para a tensão e depressão, devido ao papel de cuidador; além de avaliar cuidadores familiares sobre a flexibilidade do trabalho e incentivá-los a conciliar o trabalho com as responsabilidades de cuidados da família a fim de reduzir a tensão do papel de cuidador (WANG *ET AL.*, 2011).

Com relação ao não recebimento de auxílio financeiro pela maioria dos cuidadores do estudo, Resende e Dias (2008) informam que o conceito de trabalhador presente na Política Nacional de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2004), também considera como trabalhadores – além dos indivíduos remunerados, inseridos no setor formal ou informal de trabalho – aqueles indivíduos que, como os cuidadores familiares de idosos, realizam funções não remuneradas e que fazem parte das atividades econômicas do lar. Assim, é necessário refletir sobre as condições trabalhistas e previdenciárias desses indivíduos, em curto e em longo prazo.

Nesse sentido Simão e Mioto (2016) questionam a viabilidade histórica da AD sem prejuízo do bem-estar da pessoa do cuidado e de sua família. Os autores demonstram a intenção de países latinos de diminuir gastos com o cuidado a pessoas com doenças crônicas ou demandantes de cuidados paliativos e a exigência de um cuidador cotidiano de responsabilidade da família. Isso significa tanto a transferência dos custos do cuidado para as famílias como a produção de significativas alterações na organização e nos modos de vida das famílias, o que implica em abrir mão do trabalho remunerado.

Além disso, a maioria dos cuidadores no estudo apresentou grau de sobrecarga leve, não foi capacitada para exercer as atividades de cuidado e referiu algum problema de saúde. Stackfleth *et al.* (2012) afirmam que as atividades de cuidado podem sobrecarregar o cuidador pelo despreparo em relação ao papel que desempenha, e isso poderá causar problemas para sua saúde. Além disso, o excesso de sobrecarga pode comprometer a qualidade do cuidado e interferir nas relações familiares.

Pimenta *et al.* (2009) destacam que as diferentes dinâmicas do cuidar de um idoso fragilizado poderão influir positivamente ou não no bem-estar de ambos: a pessoa cuidada e a pessoa do cuidador. Por isso, merecem atenção sua vida e saúde de modo particular, por parte dos serviços sociais e de saúde. De Valle-Alonso *et al.* (2015) propõem a criação de programas sociais preventivos, destinados a desenvolver áreas de lazer para o cuidado de idosos e a apoiar os cuidadores familiares, beneficiando, assim, a qualidade de vida dos idosos.

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006A) a família, via de regra, é a executora do cuidado ao idoso, e é necessário estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a Atenção Básica, por meio da ESF, um papel fundamental, considerando os cuidadores de idosos parceiros das equipes de saúde na assistência aos idosos dependentes.

Nesse sentido, é importante reforçar o papel das equipes da ESF no treinamento e na supervisão dos cuidadores, visto que o profissional somente vai conquistar a autonomia do cuidado da família quando o cuidador for incorporado ao processo de trabalho das equipes, e quando lhe for mostrado o seu papel, levando em conta as questões ético-legais existentes no cuidado domiciliar, pois muitas atividades exigem conhecimento científico, e a equipe simplesmente ensina e delega à família.

As atividades desenvolvidas pelos cuidadores informais em domicílio, em determinadas situações, são de alta complexidade e realizadas sem a supervisão de um profissional com competência legal, o que acarreta prejuízo no cuidado ao paciente, uma vez que esses cuidadores não sabem prever situações de risco. Para realizar o cuidado em domicílio, é preciso ter conhecimento técnico e científico (e não um conhecimento do senso comum) para atender as necessidades do paciente (LACERDA; PRZENYCZKA, 2008).

Lacerda (2010) destaca que a autonomia para os indivíduos e familiares terem condições de desenvolver o cuidado em domicílio, em uma situação de adoecimento, é a possibilidade de estar capacitado a realizar a ajuda com o apoio do sistema de saúde, com profissionais que ensinem, orientem e acompanhem. A autonomia intersubjetiva é garantida por relações de afeto/amizade, estima social, reconhecimento de direitos e responsabilidades, e é ameaçada pela desvalorização, por desrespeito e violências. Esses fatores contribuem para a compreensão de fenômenos de desrespeito, difamação e traumas, e apoiam a instituição de cuidados com vistas à integridade e à justiça social (SCHUMACHER; PUTTINI; NOJIMOTO, 2013).

Assim, é necessário que as equipes da ESF realizem um acompanhamento sistemático do cuidado ao idoso e à família, com supervisão, pactuação de objetivos, metas e atribuições entre os envolvidos, para que a família retome o seu papel como provedora de cuidados, contando com a ajuda do sistema de saúde.

## Conclusão

É importante destacar que o envelhecimento populacional e os novos arranjos familiares estão proporcionando a criação de um fenômeno social, através da existência de idosos cuidando de idosos, conforme identificado na pesquisa. E que têm como consequência uma relação que acaba gerando sofrimento,

adoecimento e vulnerabilidade para ambos.

Evidenciou-se, também, no estudo, a fragilidade das ações de apoio/suporte às famílias desenvolvidas pelas equipes da ESF, principalmente as voltadas para os cuidadores, os quais exercem essa atividade sem ter recebido nenhum treinamento, utilizando um conhecimento empírico, de forma solitária e desgastante. Assim, é necessário que os profissionais envolvam os cuidadores nos seus planos de cuidados, tendo este como principal ator para a AD.

Esta pesquisa proporcionou uma caracterização dos cuidadores de idosos para o sistema de saúde de Sobral (CE) e trouxe algumas contribuições para a gestão da ESF, tais como a necessidade de sensibilização dos profissionais sobre a relevância e as especificidades do cuidado domiciliar ao idoso e ao cuidador, exigindo o desenvolvimento de estratégias de apoio e capacitação para cuidadores e família.

Conhecendo as especificidades sociodemográficas e de saúde dos cuidadores de idosos em AD na ESF, e as características desse trabalho, podem-se direcionar políticas públicas de saúde efetivas, que contemplem suas potencialidades e limitações, proporcionando um envelhecimento ativo e uma atenção que potencialize a autonomia dos sujeitos envolvidos entre eles, idosos, cuidadores e profissionais de saúde.

## Colaboradores

MUNIZ, E. A. e FREITAS, C. A. S. L. contribuíram para a concepção do objeto e para a análise e a interpretação dos dados; OLIVEIRA, E. N. e LACERDA, M. R. contribuíram na revisão crítica do conteúdo e na aprovação da versão final do manuscrito. ■

## Referências


BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 800, de novembro de 2004. Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o SUS. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar,* v. 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

DE VALLE-ALONSO, M. J. *et al*. Sobrecarga y burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enferm. Univ*, México, v. 12, n. 1, p. 19-27, mar. 2015.

DEL DUCA, G. F.; THUME, E.; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 113-120, fev. 2015.

GRATÃO, A. C. M. *et al*. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 137-144, fev. 2013.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, jun. 2010.

HOI, L. V.; THANG, P.; LINDHOLM, L. Elderly care in daily living in rural Vietnam: need and its socioeconomic determinants. *BMC Geriatrics*, Londres, v. 11, n. 81, p. 1-10, 2011.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública. Ciênc. *Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2621-2626, ago. 2010.

LACERDA, M. R.; PRZENYCZKA, R. A. Exercício (i) legal da enfermagem: a realidade do cuidador informal. *Cogitare Enferm*., Curitiba, v. 13, n. 3, p. 543-551, jul./set. 2008.

MENDOZA-SUAREZ, G. Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. *Rev. Soc. Peru Med. Interna,* Lima, v. 27, n. 1, p. 12-18, 2014.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 779-786, abr. 2011.

MUNIZ, E. A. *Atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família*: análise das perspectivas de idosos, cuidadores e profissionais. 2015. 102 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2015.

PIMENTA, G. M. F. *et al*. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. *Rev. Esc. Enferm. USP,* São Paulo, v. 43, n. 3, p. 609-614, set. 2009.

RESENDE, M. C. F.; DIAS, E. C. Cuidadores de idosos: um novo / velho trabalho. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 785-800, 2008.

SCHUMACHER, A. A.; PUTTINI, R. F.; NOJIMOTO, T. Vulnerabilidade, reconhecimento e saúde da pessoa idosa: autonomia intersubjetiva e justiça social. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 281-293, jun. 2013.

SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H.; CALDAS, C. P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 67, n. 2, p. 233-240, abr. 2014.

SIMÃO, V. M.; MIOTO, R. C. T. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 156-169, mar. 2016.

SOBRAL. Prefeitura Municipal de Sobral. *Sobral On-Line,* 2012. Disponível em: <http://www.sobral.ce.gov.br>. Acesso em: 1 nov. 2012.

STACKFLETH, R. *et al*. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. *Acta Paul Enferm.,* São Paulo, v. 25, n. 5, p. 768-774, 2012.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública,* São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VON KANEL, R. *et al.* Regular physical activity moderates cardiometabolic risk in Alzheimer's caregivers. *Med. Sci. Sports Exerc*., Bethesda, v. 43, n. 1, p. 181-189, 2011.

WANG, Y. N. *et al.* Reconciling work and family caregiving among adult-child family caregivers of older people with dementia: effects on role strain and depressive symptoms. *J. Adv. Nurs.,* Malden, v. 67, n. 4, p. 829-840, 2011.

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

# A (re)organização do núcleo de cuidado familiar diante das repercussões da condição crônica por doença cardiovascular

## *The (re)organization of the family care center after facing the impact of the chronic situation of a cardiovascular disease*

Pollyana Alves Colman de Azevedo[1], Closeny Maria Soares Modesto[2]

**RESUMO** Este artigo objetivou compreender a (re)organização do núcleo de cuidado familiar diante das repercussões da condição crônica por doença cardiovascular. Trata-se de estudo de caso norteado pela abordagem familiar concebida como Modelo Calgary de Avaliação na Família. A unidade de análise desta pesquisa foi uma família que vivencia a condição crônica por doença cardiovascular de um de seus membros. Evidenciou-se que, conforme o cotidiano se modifica pelas mudanças geradas com a internação, começa uma nova configuração no modo de vida da família. Sugere-se a implementação de estratégias que envolvam os familiares no planejamento da alta hospitalar.

**PALAVRAS-CHAVE** Relações familiares. Cuidadores. Doença crônica. Doenças cardiovasculares.

**ABSTRACT** *This article aimed to understand the (re)organization of the family care center a result of cardiovascular disease chonic condition. This is a case study guided the approach conceived asin the Calgary Assessment Model in the Family. The unit of analysis was a family experiencesing the cardiovascular disease chronic condition of one of its members. It was that, as the daily routine adapts to the changes generated by the hospitalization a new family configuration of daily living is set up. The implementation of strategiesbthat include the family in hospital discharge planning is suggested.*

**KEYWORDS** *Family relations. Caregivers. Chronic disease. Cardiovascular diseases.*

[1] Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Idoso com Ênfase em Atenção Cardiovascular (PRIMSCAV) – Cuiabá (MT), Brasil.
*polly.enf@hotmail.com*

[2] Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), Faculdade de Enfermagem (Faen), Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Idoso com Ênfase em Atenção Cardiovascular (PRIMSCAV) – Cuiabá (MT), Brasil. Ministério da Saúde. Pró/PET-Saúde – Brasília (DF), Brasil.
*closenymodesto@gmail.com*

## Introdução

Nas últimas décadas, observou-se o predomínio das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), configurando uma transição demográfica com potencialidade para proporcionar mudanças significativas no novo perfil epidemiológico do Brasil (OMS, 2003).

Conforme dados do Ministério da Saúde (2011), as DCNT são as principais causas de mortes no mundo e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral.

Essas condições crônicas apresentam características que requerem gerenciamento contínuo por um longo período. Assim, de acordo com Weis *et al.* (2013), tais sobrecargas acarretam inúmeras consequências também para a família da pessoa adoecida, pois é nesse espaço social que as pessoas em condição crônica necessitam de continuidade do cuidado com a permanência constante dos familiares, e isso acaba gerando necessidade de readaptação na estrutura familiar a fim de gerenciar o cuidado necessário à pessoa adoecida, além da família poder configurar-se no principal cuidador em todas as etapas do processo de adoecimento.

Dentre as DCNT, destacam-se as doenças cardiovasculares (DCV), definidas como doenças que afetam o coração e as artérias, como o infarto, acidente vascular cerebral, arritmias cardíacas, isquemias ou anginas, as quais possuem alta prevalência, com complicações associadas e consideráveis impactos na morbimortalidade das populações (OMS, 2003).

A condição crônica de adoecimento por si é um acontecimento causador de inúmeras repercussões tanto na vida da pessoa quanto na de sua família, pois o cuidado é continuo e prolongado, com a família assumindo o papel de cuidador no aspecto que envolve o controle da doença e a prevenção de sequelas. A família, ao vivenciar a crise provocada pelo processo de adoecimento, experimenta inicialmente um desequilíbrio em sua capacidade de funcionamento, provocando alterações que envolvem afeto, finanças e relações de poder que levam a um processo de reorganização familiar (MARCON *ET AL.*, 2005).

Diante disso, o tema família tem sido amplamente discutido, e no contexto da enfermagem é objeto de estudo e discussão desde a década de 1950, tendo seu auge na década de 1990, de modo específico no Brasil. No entanto, conceituar família é algo complexo, sendo influenciado pelo meio histórico, social e cultural que vivencia; em que as relações familiares, em alguma medida, interferem no processo saúde e doença de seus membros, bem como na interpretação da experiência de cada pessoa da família diante desse processo (MATTOS, 2008).

Para Elsen (2005), a família atua como um sistema de saúde para seus membros, a qual supervisiona o estado de saúde, toma decisões, acompanha e avalia a saúde e a doença de seus componentes. Nesse cenário, ela reafirma sua posição de unidade de cuidado para seus membros, permeando suas ações entre as orientações dos profissionais de saúde e o seu universo cultural e de interações com o ambiente.

Diante dessas considerações, surgem alguns questionamentos a respeito do impacto sofrido pela pessoa e seu familiar que vivencia a experiência da internação hospitalar e a maneira encontrada por cada membro da família para responder às mudanças exigidas pela situação. O objetivo deste artigo é compreender a (re)organização do núcleo de cuidado familiar diante das repercussões da condição crônica por doença cardiovascular.

Compreender as significações e sentidos, dos quais emergem necessidades de cuidados demandados por pessoas que vivenciam a experiência de adoecimento e identificar os recursos utilizados, na perspectiva da família, contribui para que a equipe de saúde amplie seu olhar para o cuidado familiar, de modo a torná-lo mais efetivo e a trazer melhor qualidade de vida para a família e para a própria pessoa que vive o tratamento.

## Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza exploratória descritiva realizada pelo método estudo de caso. Como instrumentos de coleta de dados, utilizaram-se a entrevista semiestruturada, o diário de campo e a análise documental.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Júlio Müller (CEP/HUJM) e da instituição em estudo, sob nº 344.973 conforme recomenda a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, resguardando os participantes quanto ao sigilo das informações, assim como à privacidade e ao anonimato.

Como sujeito deste estudo, elencou-se uma família que vivencia a condição crônica por doença cardiovascular de um de seus membros. Os critérios de inclusão foram de familiares residentes em Mato Grosso, que estavam vivenciando a experiência de adoecimento por doença cardiovascular de parente adulto ou idoso durante internação na clínica médica do Hospital Universitário Júlio Müller. Por meio de busca ativa, encontrou-se Cravo, que aceitou participar do estudo com seus familiares (foram usados nomes fictícios para preservar o anonimato dos participantes).

Durante a coleta de dados, foi realizada a observação dos participantes da família estudada, por meio da aproximação e contato direto com seus integrantes durante a internação. As observações foram realizadas em um encontro no qual participaram juntos Cravo e sua filha, Tulipa, e três outros momentos com os familiares que realizavam diretamente o cuidado com Cravo, sua esposa Rosa, duas filhas e uma neta. Todas as entrevistas se deram no serviço de saúde onde ele estava internado. Durante esses encontros, tentou-se articular os comportamentos de cada membro da família, individualmente e dentro do seu contexto; identificando, assim, os indivíduos mais participativos no cuidado, os mais afetados pela nova condição e as relações da família com o meio social. Nas entrevistas, procurou-se captar as ações e emoções da pessoa doente e de seus familiares. As informações dos aspectos subjetivos foram registradas em um diário de campo.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com a pessoa doente e com seus familiares. Utilizou-se como referencial teórico-metodológico para compreensão dos fenômenos familiares o Modelo Calgary de Avaliação na Família (MCAF), o qual foi elaborado para avaliar e propor intervenções específicas no universo familiar, consistindo em uma estrutura multidimensional e sistêmica que contempla três categorias principais de funcionamento da família: estrutural (composição, organização e características dos membros familiares), de desenvolvimento (estágios, tarefas e vínculos) e funcional (atividades, comunicação e papéis familiares) (MONTEFUSCO; BACHION; NAKATAMI 2008). Assim, a entrevista com a pessoa que vivencia a condição crônica por doença cardiovascular buscou o conceito e a composição da família sob sua perspectiva. Com base na definição e composição de família extraída da entrevista com a pessoa doente, foram realizadas as entrevistas com os membros familiares.

Para melhor compreensão dos fenômenos pesquisados, usou-se a construção do Genograma e do Ecomapa, por serem representações gráficas que permitem visualização dos elementos que compõem a dinâmica familiar em suas diversas interfaces existenciais. As entrevistas ocorreram de outubro a dezembro de 2013, agendadas de acordo com a disponibilidade de cada um dos participantes, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos informantes. Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Para o tratamento e análise dos dados, optou-se pela Análise de Conteúdo Modalidade Temática proposta por Bardin (2009), definida como o conjunto de técnicas de análise das comunicações, que permitem analisar os

significados (análise temática) ou significantes (análise lexical).

Essa modalidade utiliza a Regra da Representatividade nas etapas pré-análise; exploração do material com tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise, a leitura é flutuante e possibilita a formulação de objetivos e hipóteses iniciais que norteiam a interpretação final. Na exploração do material, são realizadas: transcrição das falas; destaque das frases e das orações significativas; agregação das frases em temas e geração das categorias. A partir de procedimentos exploratórios, é possível apreender a ligação existente entre as diferentes variáveis e elaborar novas hipóteses. Finalizando a análise, é feita a interpretação do conteúdo e a categorização (BARDIN, 2009).

Na análise emergiram três categorias: 'Impacto das internações sobre os familiares da pessoa adoecida', 'A família e a espiritualidade como elemento do cuidado' e 'O (des) caminhos em busca do cuidado'.

## Resultados e discussão

Cravo é um senhor calmo, tranquilo, que nos primeiros contatos apresentou um pouco de resistência para conversar devido à dificuldade na fala decorrente da correção de fissura labiopalatal, por isso às vezes se irritava e parava de falar quando não era compreendido. O primeiro contato com ele foi na enfermaria da clínica médica onde estava internado e sendo acompanhado pela filha, Tulipa. Após alguns contatos, Cravo já estava mais receptivo, contava histórias e ria de situações ocorridas durante a internação; ao falar da família sempre se emocionava.

Cravo é natural do Paraná, tem 83 anos, filho de alemães, alfabetizado, trabalhou com carpintaria e por último como pedreiro, antes da aposentadoria. É casado com dona Rosa há 53 anos, tem quatro filhos, sendo três mulheres e um homem, oito netos e quatro bisnetos. Desde o diagnóstico de doença cardiovascular, a família vem buscando produzir e gerenciar cuidados mesmo que Cravo seja resistente ao tratamento e às internações. Cravo convive com complicações decorrentes da condição crônica, internações recorrentes e limitação de movimentos pelo cansaço e dispneia.

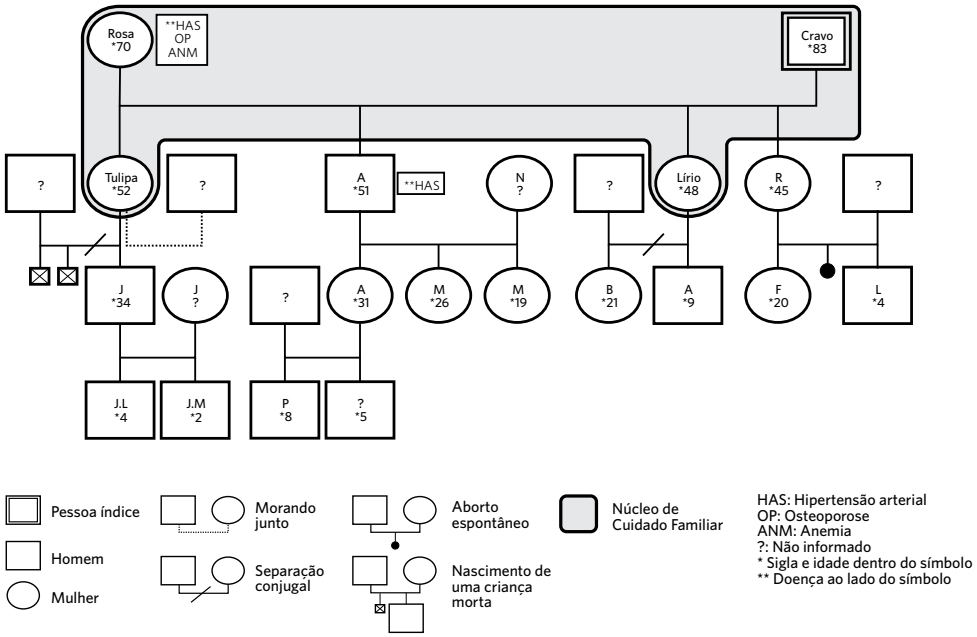
Reside em casa própria em um bairro na zona oeste de Cuiabá (MT) há vários anos. Na casa, moram Cravo e sua esposa Rosa. As duas filhas mais novas moram no mesmo bairro, a filha mais velha em uma chácara na estrada do município de Chapada (MT) e o filho em Várzea Grande (MT). Cravo mantém pouca relação com os vizinhos. O seu lazer se restringe aos encontros com a família e a se sentar na varanda de casa para ver o movimento da rua.

Cravo frequenta a igreja católica esporadicamente para acompanhar a esposa, três filhos também são católicos e uma filha é evangélica. A família tem a fé como estratégia de enfrentamento e de luta na continuidade do tratamento.

A análise dessa experiência foi realizada por meio da construção do genograma, disposto na *figura 1*, e do ecomapa, conforme *figura 2*, que auxiliam na retratação de sua experiência de adoecimento no contexto da família e comunidade. A família tem participado de seu cuidado, o que proporciona elementos para a compreensão do cotidiano vivido por ela no adoecimento por doença cardiovascular.

O genograma possibilitou visualizar o núcleo familiar e compreender os rearranjos por ela realizados para produzir o cuidado, pois apesar de ser composta por onze membros apenas dois deles tinham disponibilidade para constituir-se em rede de sustentação. A família de Cravo buscou organizar-se para produzir esse cuidado, por meio do rodízio entre sua esposa e duas filhas, que tiveram o seu cotidiano submetido aos rearranjos familiares necessários para constituir-se no núcleo de cuidado de Cravo como demonstrado na *figura 1*.

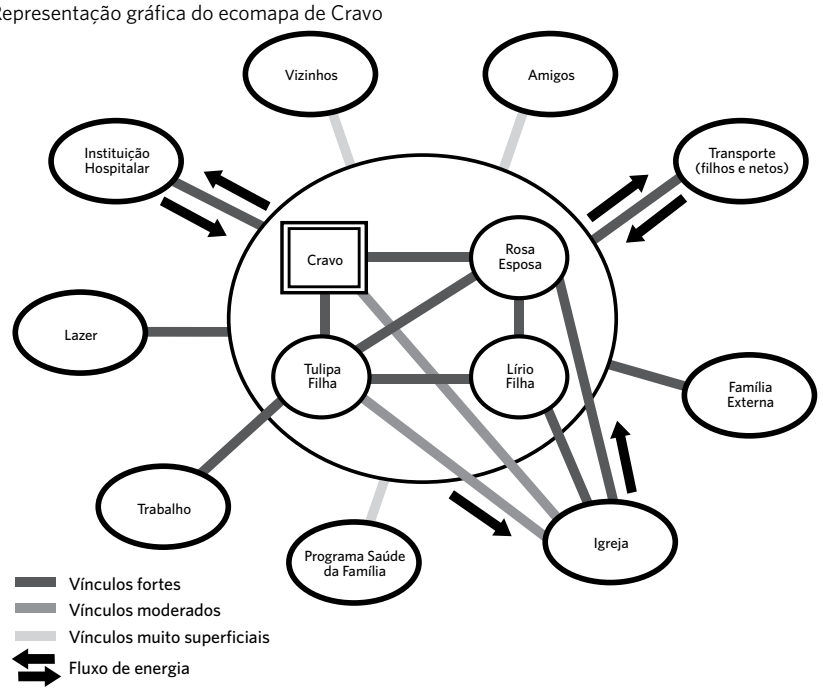
Figura 1. Representação gráfica do genograma da família de Cravo




Fonte: Elaboração própria.

O ecomapa da família de Cravo foi delineado considerando-se os vínculos intrafamiliares e as relações estabelecidas com a rede de apoio conforme *figura 2*.

Figura 2. Representação gráfica do ecomapa de Cravo




Fonte: Elaboração própria.

Os vínculos fortalecidos de Cravo com seus familiares estão alicerçados na sua rede de apoio e sustentação que possibilitam o transporte, o apoio emocional e o acolhimento hospitalar nos momentos de agudização da doença e ou surgimento de complicações, trazendo como fragilidade o vínculo com a Atenção Básica para um monitoramento adequado dos agravos cardiovasculares. Esse aspecto poderia ser valorizado no planejamento da alta por meio da contrarreferência. O vínculo moderado com Tulipa deve-se ao fato de que as suas tarefas enquanto esposa e mãe acabam por atrapalhar um maior envolvimento no cuidado de Cravo, e nesse sentido concorda-se com Correa *et al.* (2014) ao afirmarem em seu estudo que

> [...] a partir das narrativas [...], percebeu-se que os elementos que constituem as redes de cuidados [...] a depender do movimento que imprimam na produção e busca pelo cuidado, podem ser caracterizados como 'apoios ativos' e 'apoios passivos'. Os primeiros, ou seja, aqueles que se apresentam como apoios ativos, são as pessoas que mantem interação mais constante e rotineira com a idosa; já os apoios passivos são aqueles de interação irregular e menos frequente. Assim, compreende-se que os apoios ativos são os que estabelecem 'laços' de proximidade afetiva e de ajuda com a pessoa adoecida e os apoios passivos são aqueles que precisam ser 'acionados' em momentos pontuais da experiência de adoecimento da idosa. (CORREA *ET AL.*, 2014, P. 349).

## O impacto das internações sobre os familiares da pessoa adoecida

Quando a internação ocorre de forma inesperada, a família sofre grande impacto em suas vidas, vinculado à interrupção do previsto e ao medo do desconhecido. As situações vivenciadas nesse contexto mexem com as emoções e com a dinâmica de cuidar que permeiam as relações familiares, o arranjo familiar precisa ser refeito e adequado às novas necessidades, por vezes sendo acompanhados de sentimentos de insegurança e sofrimento. Assim, as filhas de Cravo foram surpreendidas com a internação do pai, justificando em suas narrativas o bem-estar e produtividade antes da internação.

> *Foi difícil, foi muito triste né... não foi fácil. [...] ele era um homem muito forte né, ... meu pai até então tava carpindo, limpando quintal, aí de repente aí né, cai tudinho assim do nada, para tudo, muda tudo.* (Lírio).

> *Ah foi um choque muito grande né... na época meu pai tava com 61 anos, tava novo ainda, aí foi um choque grande pra toda a família né...* (Tulipa).

O impacto da internação não afeta apenas a pessoa adoecida, mas estende-se a todos os familiares, impondo mudanças, exigindo reorganização na dinâmica familiar para incorporar às atividades cotidianas os cuidados que a doença e o tratamento exigem (CARVALHO, 2008) e ou que a pessoa que esteja passando pela condição de adoecimento não consiga fazer. No estudo, as ações que movem os familiares da pessoa adoecida são pensadas e decididas de acordo com as repercussões dessa internação na vida diária da família e em sua própria vida, apresentando acentuado vínculo afetivo entre seus membros.

> *... a vida da gente fica bem transtornada né... não é a mesma coisa... A gente tenta é... é dividir mais né ...como que eu tenho o meu marido tomando conta do restaurante a gente trabalha junto, mais como ele tá lá com a cabeça tomando conta, então eu não fico tanto preocupada né.* (Tulipa).

> *Agora não faço mais projeto nem planos, mais nada né...* [risos] *tá difícil, eu tô vivendo um dia*

*de cada dia né, o dia de hoje é hoje, amanhã é outro dia porque eu não posso nem fazer planos e nem projetos pro dia de amanhã, só de hoje.* (Lírio).

Dessa forma, as narrativas expressam a maneira que cada familiar responde ao estresse provocado pela internação. Nesse contexto, é importante ressaltar a importância da participação dos demais familiares favorecendo uma rede de apoio e cuidado às necessidades desse integrante. A internação de Cravo provocou uma maior desestruturação emocional nos homens da família, como pode ser observado na fala a seguir.

*Todo mundo abalado, todo mundo desestruturado, primeiro caíram os homens né... os homens desestruturou primeiro, meu irmão teve duas pressão alta, duas paradas, já foi internado, já saiu, o outro também... é passou uma noite aqui... o dia que o pai passou muito mal e no outro dia não conseguiu mais trabalhar, ficou o dia inteiro parado ...ele não conseguiu trabalhar... tá toda a família desestruturada, tudo assim tá bem difícil.* (Lírio).

Esse dado apresenta conformidade com os estudos nos quais a mulher ainda ocupa o primeiro lugar como responsável pelo cuidado, principalmente, em casos de doenças. Tradicionalmente, o papel de cuidadora, seja de mãe, filha ou esposa, recai sobre a mulher, justificado pelo fato de, por muito tempo, ela não ter exercido atividades laborais fora do lar e deter um perfil de participação mais frequente, mais intenso e mais afetivo (GRATÃO *ET AL.*, 2012).

A internação é vivenciada conforme experiências anteriores que são interpretadas conforme foram vividas. As experiências são reconhecidas pelos familiares como boas ou negativas mediante os tempos vividos em internações anteriormente (CALVETT; SILVA; GAUER, 2008).

*...a gente já internou ele outras vezes né... mas não foi tão difícil como agora, agora foi mais difícil que antes né...* (Lírio).

*...tá sendo difícil mais a gente vai vencer, e vencer mais essa.* (Tulipa).

Esse fato faz com que o familiar cuidador possa sentir medo da situação em que se encontra, e a forma como lidará com esta será fortemente influenciada por suas vivências, conhecimentos, valores éticos e pessoais que nortearão suas condutas (ALCANTÂRA, SHIRATORI; PRADO, 2008). A doença favorece um processo desgastante, e assim como a pessoa internada, a família também se depara com dificuldades no enfrentamento da situação de adoecimento de um de seus membros.

A internação decorrente do agravo da doença crônica, segundo Lustosa (2007), sustenta uma ruptura com o estilo de vida anterior, uma perda do conhecido andamento da vida como ela era, uma situação de risco, significando, muitas vezes uma transição importante e significativa, até mesmo para a morte, o que, em nossa cultura, assusta sobremaneira.

A morte está associada a perdas e, consequentemente, à dor e à solidão para as pessoas que sobrevivem a ela (RODRIGUES, 2006). Nesse contexto, a família experimenta a sensação de alerta e o sentimento de perigo iminente associado à impotência e à angústia, revelando a vulnerabilidade e despreparo diante da possibilidade de morte de um familiar.

Todas as entrevistas foram envolvidas de grande emoção, e por diversas vezes foi preciso interromper a conversa, pois as lágrimas tomavam conta das falas dos entrevistados. Embora todos sentissem o medo da perda, apenas a filha, Tulipa, expressou em palavras esse sentimento.

*...medo de perder ele... é tão grande que... que a gente faz de tudo pra poder levar ele de volta né* [choro] *[...] mesmo a gente sabendo que um dia*

> *tem que partir que todo mundo vai partir... mais a gente não aceita né... a gente não quer, não aceita.* (Tulipa).

As pessoas, de modo geral, têm dificuldade em aceitar a morte como um processo natural da vida, principalmente quando esta perspectiva se faz presente em um momento e circunstância em que o familiar está internado por agravamento de uma condição crônica.

A situação vivenciada e relatada pelos familiares acerca de uma hospitalização vem de encontro à afirmação de Elsen (2005) de que a internação hospitalar afeta a organização e a vida cotidiana da família em menor ou maior grau. Há famílias que conseguem superar as dificuldades da internação e organizam uma estrutura para acompanhar a pessoa. Essa organização torna-se importante para essas famílias, pois a vida fora do contexto hospitalar continua, e à medida que a condição crônica passa por seus momentos de agudização e ou aumento na demanda por cuidados, vai existindo uma necessidade cada vez maior de rearranjos na dinâmica familiar para que se possa proporcionar o atendimento de necessidades essenciais que surgem com a perda da autonomia. Dessa forma, cabe à enfermagem estimular a formação de uma rede de apoio e de sustentação com potencialidade para ofertar um cuidado humanizado também aos familiares da pessoa internada.

## A família e a espiritualidade como elemento do cuidado

Ao analisar as entrevistas e o diário de campo, constatou-se que perante a condição crônica de adoecimento, uma rede de apoio se forma, a família constitui um elo muito importante para o enfrentamento da hospitalização.

Durante as entrevistas, também houve relatos de apoio dos demais familiares no decorrer da hospitalização, observando-se um envolvimento de toda a família diante do adoecimento de um de seus membros, quando parte assume o cuidado de acompanhante no período da internação, e os demais garantem suporte, compondo uma rede de cuidados eficaz, capaz de amenizar as preocupações com a casa e com o trabalho, fortalecendo o vínculo com os familiares e utilizando-o como mecanismo para enfrentar o adoecimento de um membro da família.

> *...a gente sempre teve assim união entre a família né... aí depois da doença os cuidados foram maior, qualquer coisa a gente fica preocupado.* (Tulipa).

> *...Mais é a família mesmo né... mais é a família, os filhos, os netos né...* (Tulipa).

> *...em caso assim de ele passar... tá com dor aí já preocupação é mais, aí todo mundo corre né, todo mundo corre vai ver o que que é né...* (Tulipa).

O apoio para enfrentar a situação imposta pela doença está voltado continuamente para a família, diante disso, esse sistema deve estar em equilíbrio para responder às necessidades exigidas pelo momento.

> O sistema familiar, quando confrontado com o perigo eminente da doença, exige dos membros a manutenção da homeostase do funcionamento diário a partir da mobilização de recursos internos e externos, atribuindo significados a doença e suas limitações. (FRAGUAS; SOARES; SILVA, 2008, P. 275).

Para Ramos *et al.* (2008), a família constitui o pilar de sustentação dos pacientes, para enfrentar as situações difíceis decorrentes da doença e, dessa maneira, permitir que essas pessoas lutem, tornem-se otimistas e não se percebam sozinhas.

Observa-se que quando os familiares se

deparam com a condição de adoecimento de um membro da família, emerge a necessidade de buscar apoio e força para superar os problemas decorrentes da situação. Durante as entrevistas, aparecem referências envolvendo a espiritualidade, com menções sobre a igreja, Deus e a fé como mediadores, e tais aspectos estão relacionados com o seu próprio equilíbrio e bem-estar em relação ao tratamento da pessoa adoecida. Nesse sentido, o familiar mencionou:

> *...que Deus ajude que ele melhore e fica bonzinho. [...] Igreja que a gente tem fé e tudo né eu alcancei muita graça... oh gloria.* (Rosa).

> *A gente tá orando muito né, tamo crendo em Deus, é muita oração né, só o Senhor, a gente crê que é o Senhor que vai levantar ele aqui ...é confiar em Deus, porque eu tenho que confiar em Deus porque se eu não confiar em Deus vou confiar em quem?* [Risos]*... vou confiar em quem meu Deus?...* (Lírio).

De acordo com as falas citadas, Milanesi *et al*. (2006) compreendem que para encarar o sofrimento, surge também a necessidade de um suporte para proporcionar apoio, representado não apenas pelos familiares, como também pela fé em Deus. Logo ter fé seria acreditar que ainda existe uma esperança de melhora e do retorno às atividades diárias.

> *A gente tá orando muito né, tamo crendo em Deus, é muita oração né, só o Senhor, a gente crê que é o Senhor que vai levantar ele aqui, estamos orando pra dar sabedoria para os médicos, é fazendo oração, campanha de oração pra realmente meu pai sair daqui né, essa é minha esperança é orar agora né.* (Lírio).

Perceberam-se, pelos depoimentos, alguns elementos importantes para a manutenção do equilíbrio da pessoa adoecida e de seus familiares durante a experiência de internação. A busca por apoio e conforto é encontrada na união e no vínculo familiar, bem como o exercício da fé e da oração, demonstrando que são fatores mediadores que auxiliam no enfrentamento do cuidado. Nesse sentido, é necessário compreender que o sistema familiar e a espiritualidade fazem parte na vida das pessoas, sendo imprescindível considerá-la no planejamento do cuidado (GUERRERO, 2011).

## Os (des)caminhos em busca do cuidado

No processo saúde e doença de Cravo, visualizou-se a trajetória percorrida por ele na busca por cuidado e a vivência com uma doença crônica. Nesse cenário, Cravo percorreu o sistema público e o privado de assistência à saúde conforme a sua necessidade de saúde. O fato de ele transitar entre os diferentes sistemas, sem a utilização do sistema de referência e contrarreferência do Sistema Único de Saúde (SUS), foi um dos aspectos que permitiram entender que a procura por cuidados se dava apenas para a resolução das situações de agudização da condição crônica. Nesse aspecto, vislumbra-se as diversas implicações decorrentes do adoecimento por uma condição crônica, cujas repercussões recaem sobre a pessoa e sua família. Quando questionado sobre a realização de consultas e acompanhamento de rotina da doença crônica, surge a seguinte fala:

> *Não faz... Só quando precisa mesmo que ele... praticamente a gente assim tem que obrigar ele ir...* [risos]*... vamos, vamos porque a gente vai levar o senhor de qualquer jeito... querendo ou não tem que ir.* (Tulipa).

> *Quando ele passa mal a gente, encontra um hospital mais próximo né um pronto atendimento, no hospital que dá os primeiros socorros. [...] como ele tava ruim três semanas atrás, mais próximo era o hospital A né... aí procuramos o pronto*

*atendimento do hospital A.* (Tulipa).

Observou-se que tanto Cravo como seus familiares têm como referencial de cuidado o atendimento prestado pela instituição hospitalar, traçada essencialmente no modelo biomédico, desconsiderando as consultas de rotina para acompanhamento da condição crônica dentro dos programas do SUS existentes na atenção primária.

*Ah a gente conta com muito apoio aqui do hospital né, que... aqui ele tando internado aqui a gente sabe que tá todo mundo cuidando bem, todos os exames que precisar eles tão fazendo né, então a gente fica muito confiante de tá aqui dentro, não adianta você ir num hospital particular que só tem aquele médico, ele vê o paciente e te falar você tá com isso, e não trata de fazê todos os exames de pulmão, de coração, de outras coias né... e aqui dá uma segurança muito grande com a gente... a gente gosta muito daqui...* (Tulipa).

Pelo fato da relação do cuidado à saúde estar voltada para a agudização da doença, o acesso a esse tipo de serviço seria difícil devido à própria organização dos serviços de saúde. Desse modo, a busca pelo cuidado tem sido afetada pelas mediações, que procuram tornar esse acesso mais efetivo/eficaz (MUFFATO *ET AL.*, 2013). Fato percebido nas fala a seguir:

*...aí quando a dor no peito foi forte daí ele pediu socorro, aí corremos pro hospital com ele, ele ficou no hospital A* [particular]*, aí ligamos pra doutora Flores que é que ta cuidando dele, aí encaminhou pra cá né.* (Tulipa).

[...] *a gente procurou doutora Flores que ela é prima do meu filho né...* (Tulipa).

*Daí trouxeram ele lá do hospital B* [particular]*, pagaram tudo particular e aquela do hospital B é prima dele a Flores... daí que ajudou nós tudo pra botar ele aqui internamento... ela deu muito a mão que é prima do meu neto.* (Rosa).

*A equipe do Inamps* [Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social] *veio lá porque a minha neta trabalhava na universidade* [particular] *e a mãe dela era do Inamps.* (Rosa).

Aqui fica perceptivo a atuação do mediador facilitando o acesso ao serviço público de saúde, evidenciado pela forma ágil com que Cravo é transferido do hospital particular para um hospital público. Isso acontece todas as vezes que Cravo apresenta agudização da condição crônica e necessita de internação.

Muffato *et al.* (2013) referem que o mediador constrói fluxos para o acesso ao serviço de saúde, por meio das relações de amizade, transgredindo a lógica burocrática e lenta que permeia os serviços de saúde, convergindo esforços para aumentar o potencial de cuidado das pessoas adoecidas e de suas famílias.

## Considerações finais

Ao procurar compreender os rearranjos do cuidado no núcleo familiar diante das repercussões da condição crônica por doença cardiovascular, pôde-se entender que à medida que o cotidiano vai se modificando devido às mudanças geradas pela internação, começa uma nova configuração no modo de vida da família. A saber, a internação apresenta-se com significados distintos para cada membro da família, sendo vivenciada conforme experiências anteriores, e são interpretadas de acordo como foram vividas, pois o presente não existe sem o passado, que projeta um futuro presente ressignificado nas experiências vividas.

Percebeu-se que Cravo e sua família tecem sua rede de cuidados pautados no modelo biomédico e enfrentam as adversidades

geradas pelas fragilidades dos vínculos com possíveis redes de sustentação e com a coesão familiar. A compreensão do processo de reorganização familiar e as ferramentas de abordagem com a família proporcionaram a reflexão sobre a necessidade de que as intervenções da equipe multidisciplinar devem ser melhoradas nos aspectos relacionados com a importância de identificar os sentimentos e as necessidades vivenciadas por familiares das pessoas internadas, bem como a implementação de estratégias que valorizem e envolvam os familiares no planejamento da alta hospitalar a partir dos significados e sentidos atribuídos pelas famílias quanto às experiências vividas no processo de adoecimento e cuidar, visando à continuidade e acompanhamento da pessoa adoecida uma vez que não foram evidenciadas essas assistências por parte da enfermagem no decorrer da internação hospitalar. ■

## Referências


ALCANTÂRA, L. M.; SHIRATORI, K.; PRADO, L. M. Rompendo paradigmas: o cuidado de enfermagem na uti e sua relação com o processo saúde-doença. Rev. Edu Meio Amb e Saúde, Manhuaçu, v. 3, n. 1, p. 41-50, 2008.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Editora Persona, Ed. 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2016.

CALVETT, P. U.; SILVA, L. M.; GAUER, G. J. C. Psicologia da saúde e criança hospitalizada. *Psic.*, São Paulo, v. 9, n. 2, dez. 2008.

CARVALHO, C. S. U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. *Rev. bras. Cancerologia,* Rio de janeiro, v. 54, n. 1, p. 97-102, 2008.

CORREA, G. H. L. S.; BELLATO, R.; ARAUJO, L. F. S. Redes para o cuidado tecidas por idosa e família que vivenciam situação de adoecimento crônico. *REME*, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p. 346-355, abr./jun., 2014.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. *Texto Contexto – enferm*, Florianópolis, v. 14, n. especial, 2005.

FRAGUAS, G.; SOARES, S. M.; SILVA, P. A. B. A família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética: demandas e recursos. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, v. 12, n. 2, p. 271-277, 2008.

GRATÃO, A. C. M. *et al*. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto Contexto – enferm*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 304-312, jun. 2012.

GUERRERO, G. P. *et al*. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev. Bras Enferm*.

Brasília, DF, v. 64, n.1, p. 53-59, 2011.

LUSTOSA, M. A. A família do paciente internado. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 3-8, 2007.

MARCON, S. S. *et al*. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto contexto – enferm*., Florianópolis, v. 14, n. especial, p. 116-124, 2005.

MATTOS, M. *A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento por hemodiálise*. Cuiabá, MT. 2008. 170 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2008.

MILANESI, K.; COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G.; VIEIRA, C. S. Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Rev. Bras. enferm*., Brasília, DF, v. 59, n. 6, p. 769-774, dez. 2006.

MONTEFUSCO, S. R. A.; BACHION, M. M.; NAKATAMI, A. Y. K. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o Modelo Calgary e a Taxonomia da Nanda. *Texto Contexto – enferm*., Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 72-80, mar. 2008.

MUFFATO, L. F. *et al*. Mediação nas redes para o cuidado de pessoa e família que vivencia o câncer colorretal. *Texto contexto – enferm*., Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 407-415, jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. *Relatório Mundial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde Brasil, 2003.

RAMOS, I. C. Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. *Acta Scientiarum. Health Sciences,* Maringá, v. 30, n.1, p. 73-79, 2008.

RODRIGUES, J. C. Tabu da morte. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2248-2252, set. 2007.

WEIS, M. C. *et al*. A experiência de uma família que vivencia a condição crônica por anemia falciforme em dois adolescentes. *Saúde debate,* Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 597-609, dez. 2013.

Recebido para publicação em dezembro de 2015
Versão final em junho de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

# Percepção da mãe ou cuidador de crianças asmáticas sobre os resultados do tratamento

## *Perception of mothers or caregivers of children with asthma on treatment outcomes*

Vanessa Cruz Miranda[1], Luciana Araújo dos Reis[2], Karla Cavalcante Silva de Morais[3], Juliana Barros Ferreira[4], Tarcísia Castro Alves[5]

**RESUMO** A percepção da mãe ou cuidador em relação aos resultados alcançados é um instrumento de grande relevância para identificar o grau de resolutividade do serviço e garantir uma maior qualidade da assistência. Nessa perspectiva, foi realizada pesquisa descritiva com abordagem quantitativa a partir da aplicação de questionário. O estudo objetivou avaliar a percepção da mãe ou cuidador em relação ao resultado do tratamento que a criança asmática recebe. Concluiu-se que um maior percentual de mães ou cuidadores consideraram o resultado como bom/muito bom e ruim/péssimo, além de identificar que essas crianças são acompanhadas apenas pelo pneumologista, e não pela equipe da unidade de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Asma. Gestão da qualidade. Sistema Único de Saúde. Percepção.

**ABSTRACT** *The perception of the mother or caregiver regarding the achieved results is a very important tool to identify the degree of resoluteness of the service and ensure a higher quality of care. In that perspective, a descriptive research with quantita–tive approach from the application of a questionnaire was carried out. The study aimed to evaluate the perception of the mother or caregiver regarding the outcome of the treatment that the asthmatic child receives. It was concluded that a higher percentage of mothers or caregivers considered the result as good/very good and bad/very bad, in addition to identifying that these children are accompanied only by a pulmonologist and not by the health unit staff.*

**KEYWORDS** *Asthma. Quality management. Unified Health System. Perception.*

[1] Faculdade de Tecnologia das Ciências (FTC) – Vitória da Conquista (BA), Brasil. Faculdade Independente do Nordeste (Fainor) – Vitória da Conquista (BA), Brasil. *vnessa.cruz@yahoo.com.br*

[2] Faculdade Independente do Nordeste (Fainor) – Vitória da Conquista (BA), Brasil. *lucianareisfainor@gmail.com*

[3] Faculdade Independente do Nordeste (Fainor) – Vitória da Conquista (BA), Brasil. *karlinhakau@hotmail.com*

[4] Faculdade Independente do Nordeste (Fainor) – Vitória da Conquista (BA), Brasil. *juliananbarros@fainor.com.br*

[5] Prefeitura de Vitória da Conquista, Diretoria de Atenção Programática e Especializada – Vitória da conquista (BA), Brasil. *tarcycastro@yahoo.com.br*

## Introdução

A asma é uma das afecções crônicas mais comuns em crianças, contribuindo com grande parcela das causas de morbimortalidade (BRASIL, 2010). O Brasil ocupa a oitava posição mundial em prevalência de asma, com aproximadamente 20 milhões de asmáticos, que, dependendo da região e da faixa etária, varia de menos que 10% a mais do que 20% em diversas cidades estudadas (BRASIL, 2010). Em 2011, foi a quarta causa de internações, registrando 160 mil hospitalizações (SBPT, 2012).

É um problema mundial de saúde pública que compromete a população infantil devido a sua alta morbimortalidade, absenteísmo na escola, causando, portanto, grande impacto econômico, social e emocional (BRASIL, 2010). Essas limitações físicas, intelectuais e emocionais, como consequência da doença, levam ao sofrimento humano por parte do paciente e dos familiares, uma vez que comprometem o curso natural da vida deste e a sua qualidade de vida (BRASIL, 2010).

Nesse contexto, profissionais de saúde (médicos), Governo e organismos internacionais de saúde identificaram a necessidade de buscar uma maior compreensão sobre o tratamento dessa doença, em que houvesse a troca de informações e de experiências entre profissionais de saúde de diversos países, para que, assim, pudessem oferecer ao asmático um atendimento mais adequado e completo (FONTES *ET AL.*, 2011). Para tanto, em 1995, foi criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o programa chamado Iniciativa Global da Asma (Gina) que vigora até os dias atuais. Esse programa trouxe como propostas: um maior reconhecimento da asma por parte dos profissionais de saúde e da população; a priorização da prevenção, o diagnóstico e controle da doença; a educação da população com relação à prevenção e controle e estímulo à pesquisa acerca da patologia. Dessa forma, o Gina pretendeu estabelecer uma abordagem integral à saúde dessa população e promover o vínculo entre o paciente e a unidade de saúde (FONTES *ET AL.*, 2011).

A partir de então, foram realizados encontros nacionais e internacionais com o objetivo de estabelecer rotinas diagnósticas e terapêuticas para a doença, sendo o Brasil influenciado por essas discussões. Em 1996, foi elaborado o I Consenso Brasileiro de Educação em Asma, que estabeleceu as bases para a organização e implantação de um programa de educação adaptado às condições sociais, econômicas e culturais para o tratamento da população em questão. O II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, em 1998, definiu a doença, a sua fisiopatologia e o seu tratamento (AMARAL; PALMA; LEITE, 2012).

O III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma definiu os princípios de manutenção do controle da doença. Tais princípios buscam orientar os pacientes com asma de forma individual ou em grupo sobre sua doença; informar sobre como eliminar ou controlar os fatores desencadeantes, bem como sobre o tratamento em casos graves. Diante disso e das propostas do guia para 'Manejo da rinite alérgica e seu impacto na asma', em 2004, o Ministério da Saúde publicou o manual técnico 'Asma e rinite: linhas de conduta em atenção básica', que inclui o tratamento da asma leve e moderada na rede de atenção básica (AMARAL; PALMA; LEITE, 2012; SOUZA; MARCH, 2010).

Em seguida, foram lançadas as 'IV Diretrizes brasileiras para o manejo da asma', que se iniciam com a etiopatogenia e epidemiologia, depois versam sobre a classificação clínica da gravidade e controle, o tratamento da manutenção e da crise, a educação em asma e, por fim, fornecem as informações legais referentes ao subsídio dos medicamentos que estão disponíveis no País (SOUZA; MARCH, 2010). Em 2012, foi publicado o livro que contém as 'Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma' a partir da opinião de especialistas pneumologistas e pneumopediatras

e das recomendações do Gina, do National Asthma Education and Prevention Program (Naepp), dos consensos britânico e canadense para tratamento da asma. O referido livro apresenta o manejo da doença para todas as idades e aponta a educação em asma como um fator de grande relevância para garantir melhor qualidade de vida e modificação dos indicadores de saúde (BATISTA, 2013).

Segundo o Gina (2010), apesar de todo esforço, os resultados, de modo geral, ainda não são satisfatórios, pois, mesmo nos locais onde programas foram implantados, existem dificuldades na mudança de comportamento, de forma permanente, conforme preconizam os consensos e diretrizes. Segundo Kinchoku *et al*. (2011), os fatores importantes para o baixo percentual de controle incluem o uso inadequado das medicações, os baixos índices de diagnóstico, tratamento inadequado e a falta de monitoramento.

Assim, é de fundamental importância avaliar a assistência que vem sendo prestada à população pediátrica asmática e os resultados alcançados sob a perspectiva da mãe ou cuidador, a fim de identificar os possíveis entraves existentes e garantir a qualidade do serviço e atender as expectativas da população.

A percepção do usuário sobre determinado serviço é individual e pode ser influenciada por alguns fatores, como: resolutividade; atendimento das demandas de saúde da população; satisfação do usuário; tecnologias oferecidas; existência de um sistema de referência e contrarreferência preestabelecido; acessibilidade dos serviços; adesão ao tratamento; aspectos culturais e socioeconômicos da comunidade. Entraves em um ou mais desses fatores podem influenciar negativamente a percepção do indivíduo sobre o serviço oferecido. Sabe-se que uma das maneiras de avaliar a qualidade e efetividade do serviço é a partir da resolutividade. Acredita-se, portanto, que quanto maior a resolutividade de um serviço, melhor são atendidas as demandas de saúde da população e maior será sua satisfação (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

A partir desse pressuposto, o presente estudo, teve como objetivo avaliar a percepção da mãe ou cuidador em relação ao resultado do tratamento que a criança asmática recebe.

## Métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva seguindo o delineamento transversal, com abordagem quantitativa.

Os locais de estudo foram duas Unidades Básicas de Saúde da área urbana do município de Vitória da Conquista que possuíam Estratégia Saúde da Família (ESF). O sorteio dessas unidades foi feito por conveniência entre as 14 unidades que possuem ESF no município. A coleta de dados foi realizada na casa das mães ou cuidadores de crianças asmáticas cadastradas nessas duas unidades.

A amostra foi composta por mães ou cuidadores de crianças asmáticas com idade inferior a 12 anos incompletos, já que o conceito de criança utilizado foi o do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Além disso, as mães ou cuidadores deveriam ter idade superior a 18 anos, e as crianças asmáticas, no mínimo, 1 ano de assistência na unidade pesquisada. Os critérios de exclusão foram: mães ou cuidadores de crianças asmáticas que não se encontrassem em suas residências após três tentativas; mães ou cuidadores que não tivessem sido reconhecidas pelas enfermeiras ou agentes de saúde.

Ao final desse levantamento, a pesquisadora possuía um total de 75 nomes de mães ou cuidadores, sendo uma lista com 33 nomes fornecida pelas enfermeiras responsáveis e a outra com 42 nomes fornecida pela Central de Regulação de marcação de exames da prefeitura. Dessas listas, duas mães recusaram

participar; uma não possuía um ano de cadastro na unidade; quatro não moravam mais no bairro; 16 não foram reconhecidas pelas agentes comunitárias e enfermeiras, uma não era asmática e uma tinha idade superior a 12 anos incompletos. Por fim, a amostra do estudo foi composta por 50 mães ou cuidadores, sendo 24 da unidade de saúde I e 26 da unidade de saúde II.

O cálculo amostral não foi realizado, uma vez que as unidades de saúde não possuíam registros sobre as crianças asmáticas e o centro de procedimentos de dados da Secretaria de Saúde do Município não possuía nenhum registro referente à incidência, prevalência da doença ou de internações.

O instrumento foi composto por um questionário elaborado pela pesquisadora, sendo utilizado como base o PCATool-Brasil (Primary Care Assessment Tool-Brasil) versão criança. O questionário foi aplicado às mães ou cuidadores de crianças asmáticas, atendidas na atenção básica, com objetivo de identificar a percepção da mãe ou cuidador sobre o tratamento oferecido às crianças asmáticas.

O questionário possuía um total de 18 perguntas e foi subdividido em 2 tópicos: dados sociodemográficos (caracterização das crianças, mães ou cuidadores e dados socioeconômicos) e avaliação da assistência.

O tópico referente aos dados sociodemográficos foi composto por nove questões. Teve como objetivo caracterizar a amostra quanto às informações de identificação da criança e identificação da mãe ou cuidador e renda familiar.

O tópico Avaliação da assistência foi constituído por dez questões. Teve como objetivo avaliar a percepção da mãe ou cuidador levando em consideração a longitudinalidade da assistência e os resultados do tratamento oferecido às crianças asmáticas. Sendo as respostas 'Sim' ou 'Não' para as seguintes indagações: médico/enfermeiro acompanha a criança; sente-se à vontade de conversar com o profissional; médico/enfermeiro tira dúvida e você entende; médico/enfermeiro conhece história clínica completa da criança; médico sabe todos os medicamentos que a criança usa, diagnóstico precoce; internação frequente. Para as perguntas quanto ao resultado do tratamento, foram utilizadas as respostas: 'muito bom, bom, regular, ruim, péssimo'.

De posse dos resultados, os dados da pesquisa foram inseridos em uma planilha do Programa Excel® 2015 e posteriormente transportados para o Programa Statistical Pack age for the Social Science SPSS® versão 20.0, no qual foi realizada a análise estatística descritiva, sendo calculada frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), parecer número 1.145.709. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi utilizado também o Termo de Compromisso de Uso de Dados (TCUD).

## Resultados e discussão

Para melhor entendimento, os resultados foram divididos em quatro grupos: (1) Caracterização das crianças; (2) Caracterização das mães ou cuidadores (3); Dados socioeconômicos; (4) Avaliação da assistência.

### (1) Caracterização das crianças

Houve um maior predomínio de crianças do sexo masculino (60,0%), na faixa etária entre 4 e 8 anos (40,0%) e que frequentavam a escola pública (34,0%). Segundo dados da *tabela 1*.

Tabela 1. Caracterização da criança com relação ao sexo, faixa etária, educação creche/escola. Vitória da Conquista (BA), 2015

| | | N | % |
|---|---|---|---|
| Sexo | Masculino | 30 | 60,0 |
| | Feminino | 20 | 40,0 |
| Faixa etária | 1 a 3 anos | 18 | 36,0 |
| | 4 a 8 anos | 20 | 40,0 |
| | 9 a 13 anos | 12 | 24,0 |
| Escola/Creche | Escola pública | 17 | 34,0 |
| | Escola particular | 15 | 30,0 |
| | Creche pública | 5 | 10,0 |
| | Creche particular | 1 | 2,0 |
| | Não frequenta | 12 | 24,0 |
| **Total** | | **50** | **100,0** |

Fonte: Elaboração própria.

No que concerne à caracterização das crianças asmáticas, o sexo masculino foi prevalente, corroborando o estudo realizado a partir de dados secundários oriundos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e seu suplemento sobre saúde de crianças da região Nordeste e Sudeste, Norte e Centro-Oeste. Este teve como finalidade a produção de informações básicas para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do País (WEHRMEISTER; PERES, 2010).

Telles Filho (2012) explica esse predomínio da asma em crianças do sexo masculino devido às vias aéreas mais estreitas; a maior produção de IgE (imunoglobulina) e a maior contração das vias aéreas.

Verificou-se também que, nesse estudo, houve um maior predomínio de crianças na faixa etária entre 4 e 8 anos, sendo esta considerada de risco para internações. Denota-se a necessidade de uma assistência adequada incluindo prevenção e controle para reduzir de maneira efetiva esses indicadores. Esse dado é confirmado em estudo realizado a partir de dados secundários oriundos da PNAD e seu suplemento sobre saúde de crianças da região Nordeste e Sudeste, Norte e Centro-Oeste, no qual os resultados apontaram para uma maior prevalência de internação na faixa etária entre 3 e 7 anos, tanto na região Nordeste quanto na região Sul (WEHRMEISTER; PERES, 2010).

Em pesquisa realizada no município de Salvador (BA) com análise do tipo ecológico de agregados de séries temporais, a partir de dados de internações hospitalares, observou-se que as maiores taxas de asmáticos ocorrem na faixa etária de menores de 15 anos. Segundo o autor, apesar desse acometimento ser comum na infância, as internações podem ser evitadas quando os familiares são adequadamente orientados sobre a doença e têm acesso aos cuidados necessários (CARDOSO; OLIVEIRA, 2011).

## (2) Caracterização das mães ou cuidadores

Conforme dados da *tabela 2*, observou-se uma maior frequência de mães ou cuidadores com ensino fundamental incompleto (34,0%), com trabalho fixo (54,0%) e com carga horária semanal de trabalho de 20 a 40 horas (28,0%). A média de idade das mães ou cuidadores foi de 34,24 (±8,16) anos.

Tabela 2. Caracterização da mãe ou cuidador com relação ao grau de escolaridade, trabalho fixo e carga horária semanal trabalhada. Vitória da Conquista (BA), 2015

| | | N | % |
|---|---|---|---|
| Escolaridade | Não respondeu | 1 | 2,0 |
| | Ensino Fundamental Incompleto | 17 | 34,0 |
| | Ensino Fundamental | 8 | 16,0 |
| | Ensino Médio Incompleto | 8 | 16,0 |
| | Ensino Médio | 15 | 30,0 |
| | Ensino Superior | 1 | 2,0 |
| Trabalho fixo | Sim | 23 | 46,0 |
| | Não | 27 | 54,0 |
| Carga horária de trabalho semanal | Não trabalha | 27 | 54,0 |
| | Menos de 30 horas | 2 | 4,0 |
| | 20 a 40 horas | 14 | 28,0 |
| | 41 a 60 horas | 7 | 14,0 |
| **Total** | | **50** | **100,0** |

Fonte: Elaboração própria.

Constatou-se no presente estudo que a maioria das mães possui como nível de escolaridade o ensino fundamental incompleto, sendo este dado preocupante já que o grau de escolaridade dos pais pode influenciar no cuidado da criança asmática. Confirma-se essa informação em estudo caso-controle, retrospectivo-observacional, com amostra de 138 crianças que verificou que quanto menor o nível de escolaridade e informação das mães, maior ocorrência de asma e menor reconhecimento dos sintomas apresentados pelos filhos. Esses sintomas podem ser característicos de um episódio leve de asma e ser ignorado, podendo provocar o agravamento da doença (ROCHA *ET AL.*, 2011).

Conforme Perosa *et al.* (2013) em estudo transversal com aplicação de questionário de Qualidade de Vida (QV) a 42 crianças e escala de enfrentamento aplicado às mães, verificaram que a escolaridade do cuidador mostrou-se preditora de melhor índice de QV, uma vez que a alta escolaridade materna tem sido associada com a capacidade de cuidar adequadamente, com a maior valorização do conhecimento científico e com a capacidade de articular recursos em prol das necessidades da criança. Mães com

mais escolaridade têm mais conhecimentos quanto à asma e sua evolução, sobre o que fazer quando os sintomas aparecem e como prevenir as crises, minimizando os prejuízos à QV da criança.

Quanto ao presente trabalho, verificou-se que houve uma maior frequência de mães donas de casa, fato que favorece uma maior disponibilidade de tempo destas para um melhor cuidado com a criança. Coriolano (2011), em seu estudo, observou que mães que trabalham exclusivamente no domicílio têm maior possibilidade de implementar cuidados que favorecem a prevenção de doenças.

## (3) Dados socioeconômicos

A renda familiar mensal total das mães ou cuidadores pesquisados foi de 64,0% possuindo de 1 a 3 salários mínimos. Com relação à quantidade de pessoas que contribuíam para a renda mensal, somente uma pessoa contribuía em 56,0% dos casos. Quanto ao número de pessoas que eram sustentadas por essa renda, 44,0% sustentavam quatro pessoas. Conforme *tabela 3*.

Tabela 3. Renda familiar: analisando a renda mensal total, número de pessoas que contribuem para obtenção da renda e quantos sustentados pela renda. Vitória da Conquista (BA), 2015

| | | N | % |
|---|---|---|---|
| Renda mensal total | Até 1 salário mínmo | 17 | 34,0 |
| | Mais de 1 até 3 salários mínimos | 32 | 64,0 |
| | Mais de 3 até 5 salários mínimos | 1 | 2,0 |
| Número de pessoas que contribuem | Uma | 28 | 56,0 |
| | Duas | 20 | 40,0 |
| | Três | 2 | 4,0 |
| Sustentados pela renda | Três | 8 | 16,0 |
| | Quatro | 22 | 44,0 |
| | Cinco | 9 | 18,0 |
| | Mais de cinco | 11 | 22,0 |
| **Total** | | **50** | **100,0** |

Fonte: Elaboração própria.

Em estudo realizado com um total de 6.437 escolares, sendo 3.183 com faixa etária de 6 a 7 anos e 3.254 de 13 a 14 anos, foi aplicado o questionário Isaac (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) (fase 3) em escolas públicas e particulares do Distrito Federal, que tinha como objetivo avaliar a prevalência de asma brônquica, os sintomas a ela relacionados e sua relação com o nível socioeconômico. Foi verificado que, quanto menos favorecida a classe social, maiores são as prevalências de diagnóstico de asma, dos sintomas a ela relacionados e maior número de crises. Segundo o autor, isso se deve à influência de fatores ambientais, como ambiente domiciliar com aglomeração de pessoas; maior exposição a mofo; poeira e pelos de animais; tabagismo passivo

e dificuldade de acesso a um tratamento adequado para a doença (FELIZOLA *ET AL.*, 2005).

Wehrmeister e Peres (2010) corroboram o autor supracitado e afirmam que os efeitos da renda sobre a saúde dos indivíduos estão associados à possibilidade do consumo de bens que proveem ambientes favoráveis à saúde, o que acaba por ferir o princípio constitucional de equidade.

A renda da família é um fator que influencia na prevalência de asma e no acesso a serviços e bens de consumo favorecendo a saúde do indivíduo. Na atual pesquisa, a grande maioria dos pesquisados possuía uma renda mensal total de mais de 1 até 3 salários mínimos, sendo, portanto classificados conforme a tabela de classe social do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como grupo D e E. Estes grupos são desfavorecidos, pois apresentam menor potencial para o consumo de bens.

## (4) Avaliação da assistência

No que diz respeito ao atributo longitudinalidade, observou-se que 82,0% das crianças asmáticas não possuíam médico/enfermeiro que as acompanhassem em seu problema. Quando perguntado se essas mães ou cuidadores se sentiam à vontade de conversar com o profissional que atende à criança, 70,0% relataram que sim. Quanto à disponibilidade dos médicos/enfermeiros na escuta das dúvidas e nas explicações destas, 58,0% das mães ou cuidadores referiram que os médicos/enfermeiros escutavam suas dúvidas e explicavam de forma que elas entendem. Segundo relato das mães ou cuidadores, 68,0% dos médicos/enfermeiros não conheciam a história clínica completa da criança, e 74,0% dos médicos não sabiam todos os medicamentos que a criança fazia uso *(tabela 4)*.

Tabela 4. Avaliação do serviço prestado pela unidade de saúde da família às crianças asmáticas quanto ao atributo longitudinalidade. Vitória da Conquista (BA), 2015

| | | N | % |
|---|---|---|---|
| Médico/enfermeiro da unidade acompanha criança | Sim | 9 | 18,0 |
| | Não | 41 | 82,0 |
| Sente-se a vontade de conversar com o profissional | Não respondeu | 2 | 4,0 |
| | Sim | 35 | 70,0 |
| | Não | 13 | 26,0 |
| O médico/enfermeiro tira sua dúvida e você entende | Não respondeu | 5 | 10,0 |
| | Sim | 29 | 58,0 |
| | Não | 16 | 32,0 |
| O médico/enfermeiro conhece história clínica completa | Sim | 16 | 32,0 |
| | Não | 34 | 68,0 |
| Médico sabe todos os medicamentos que a criança usa | Sim | 13 | 26,0 |
| | Não | 37 | 74,0 |
| **Total** | | **50** | **100,0** |

Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao atributo longitudinalidade, observou-se resultados negativos em algumas dimensões, pois a maior parte das crianças não possuía médico/enfermeiro na unidade que as acompanhassem, a maioria dos médicos/enfermeiros não conhecia a história clínica completa da criança e boa parte não sabia todos os medicamentos que a criança fazia uso. O ponto positivo desse atributo esteve relacionado com os quesitos: se o entrevistado se sente à vontade para conversar com o profissional de saúde e quanto à escuta do médico/enfermeiro sobre suas dúvidas e explicação de forma que ele entenda; verificou-se uma maior distribuição de mães que responderam sim aos quesitos.

O termo 'longitudinalidade' é pouco utilizado no Brasil, logo a definição utilizada nesta pesquisa foi a de Starfield, que conceitua a longitudinalidade como a inter-relação de longa duração entre profissionais de saúde e pacientes nas suas unidades de saúde, mediada por laços interpessoais que, consequentemente, reflete em mútua cooperação entre os usuários e os profissionais de saúde (CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Baratieri e Marcon (2011) também utilizaram o conceito de longitudinalidade de Starfield em seu estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, que teve como objetivos: avaliar como os enfermeiros conceituam a longitudinalidade do cuidado na ESF e verificar sua compreensão sobre a efetivação dessas em seu trabalho e com a equipe. A partir dessa pesquisa, o autor pôde perceber que a garantia da longitudinalidade da atenção necessita de uma boa interação entre as partes, confiança e responsabilidade ao longo de toda a relação, sendo essa característica, de fonte regular de cuidado ao longo do tempo, o ponto central para uma maior efetividade da atenção em saúde.

Percebe-se que muitas equipes de ESF não assumem ou não estabelecem em sua rotina a coordenação das informações pregressas acerca da histórica clínica dos usuários, a referência e a contrarreferência referentes ao grupo de sujeitos que acessam o serviço regularmente, dificultando assim o estabelecimento da relação de confiança mútua (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

É importante citar sobre o uso da palavra continuidade como sinônimo de longitudinalidade, entretanto estas palavras possuem conceitos distintos. A continuidade do cuidado é definida como o acompanhamento de uma patologia específica do paciente, porém não obrigatoriamente por um mesmo médico. A continuidade não exige inter-relação entre profissional e usuário, já que bons registros podem substituir a necessidade de informação para o devido acompanhamento da patologia (CUNHA; GIOVANELLA, 2011; BARATIERI; MARCON, 2011).

Em pesquisa qualitativa exploratória realizada com trabalhadores de saúde e usuários cadastrados na unidade de saúde, foi observado que o médico/enfermeiro que já conhecia a história dos usuários era preferido por eles para o acompanhamento longitudinal. Dessa forma, era mais provável a realização de encaminhamentos quando necessário; diagnóstico mais eficaz; reconhecimento dos problemas e necessidades dos usuários, melhor escolha de tratamento medicamentoso; melhor orientação em relação ao tratamento e consequentemente maior satisfação do usuário em relação ao seu cuidado (GHIGGI; BARRETO; FAJARDO, 2014).

Os usuários que possuem uma unidade ou um profissional como sua fonte habitual de cuidado mantêm suas consultas de revisão e conseguem se prevenir quanto aos problemas de saúde, assim como pacientes que procuram sempre o mesmo local como fonte de cuidado possuem menores índices de hospitalização e menor custo do tratamento quando comparado àqueles que não possuem esse vínculo. Dessa forma, se o usuário for sempre acompanhado pelo mesmo profissional, essa redução é ainda maior (GHIGGI; BARRETO; FAJARDO, 2014).

Os resultados encontrados quanto ao

atributo longitudinalidade demonstram o quanto a asma é pouco priorizada pelos serviços como uma doença crônica grave, que necessita de tratamento contínuo e integral, acompanhamento e desenvolvimento de processo educacional e percepções sobre a doença. É necessário, portanto, uma assistência sem atrasos no diagnóstico; acessível à população; com profissionais sensibilizados e capacitados; medicação de primeira linha e investimento em educação em saúde. Isso requer um investimento certamente inferior aos custos das internações, do absenteísmo escolar e um menor sofrimento dessa população.

A *tabela 5* aborda a avaliação dos resultados do tratamento dado às crianças asmáticas. Segundo a opinião das mães ou cuidadores, constatou-se que 68,0% das crianças tiveram diagnóstico precoce para asma. No que diz respeito à internação, 88,0% não internavam com frequência, e 52,0% não faltavam muito à escola/creche por causa da doença. Quanto ao resultado do tratamento que a criança recebe, 38% consideraram como muito bom/bom e 34% ruim/péssimo.

Tabela 5. Avaliação dos resultados do tratamento dado às crianças asmáticas segundo a opinião das mães ou cuidadores. Vitória da Conquista (BA), 2015

| | | N | % |
|---|---|---|---|
| Diagnóstico precoce | Sim | 34 | 68,0 |
| | Não | 16 | 32,0 |
| Interna frequentemente | Sim | 6 | 12,0 |
| | Não | 44 | 88,0 |
| Falta muito a escola | Não frequenta | 3 | 6,0 |
| | Sim | 21 | 42,0 |
| | Não | 26 | 52,0 |
| Resultado do tratamento | Muito bom | 1 | 2,0 |
| | Bom | 18 | 36,0 |
| | Regular | 14 | 28,0 |
| | Ruim | 6 | 12,0 |
| | Péssimo | 11 | 22,0 |
| **Total** | | **50** | **100,0** |

Fonte: Elaboração própria.

Martins *et al.* (2014) realizaram estudo de revisão sistemática a partir de 30 artigos, tendo como objetivo analisar a percepção dos usuários e/ou dos profissionais quanto à qualidade dos serviços públicos de saúde. Nesse estudo, foram registrados resultados abrangentes quanto à percepção dos usuários sobre a qualidade da atenção básica. Os pontos mais relevantes foram: facilidade para agendar consultas no serviço e no

serviço especializado; tempo de espera; cordialidade no atendimento; boa relação profissional-usuário; resolução dos problemas e boas condições na estrutura física.

A partir desse contexto, é sabido que a qualidade e satisfação do usuário dependem dentre outros fatores da capacidade resolutiva do tratamento recebido, por isso foi pesquisada a opinião dos usuários quanto aos resultados alcançados. A maioria respondeu que as crianças tiveram diagnóstico precoce, mas que na maioria dos casos não esteve associado a um esforço da unidade, mas sim a partir do encaminhamento dos médicos do hospital para o especialista, que fez o diagnóstico após acompanhamento em consultas.

As crianças, em sua maior parte, não internam com frequência e não faltam muito à escola, o que, segundo as mães e ou cuidadores, só foi possível após acompanhamento da criança pelo pneumologista. Quanto ao resultado do tratamento recebido pela criança asmática, as mães ou cuidadores consideraram em sua maioria como muito bom/bom (38%), porém foi encontrado um percentual de 34% que consideraram o tratamento como ruim/péssimo. Além disso, as entrevistadas foram unânimes em associar o resultado do tratamento como êxito dos pneumologistas que acompanham a criança, e não das unidades de saúde.

## Considerações finais

A opinião das mães ou cuidadores quanto ao resultado do tratamento recebido pela criança asmática apresentou-se dividida, já que 38% consideraram como muito bom/bom e 34% como ruim/péssimo. Fato que requer uma revisão de como vem sendo prestada a assistência a esse público.

Quanto aos resultados positivos alcançados no tratamento com relação à redução da hospitalização e absenteísmo escolar, as mães ou cuidadores direcionaram o êxito aos cuidados prestados pelo pneumologista que as acompanham, e não à assistência dada pela Unidade Básica de Saúde. Segundo as mães, as crianças asmáticas não são acompanhadas pela atenção primária, por isso os resultados não podem ser direcionados para esse setor.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados com abordagem qualitativa para que, assim, uma análise subjetiva seja realizada, buscando apreender o entendimento das mães ou cuidadores com relação à assistência à saúde das crianças asmáticas recebida no município de Vitória da Conquista (BA). Propõe-se que a Secretaria de Saúde do Município crie um programa de assistência para essa população, definindo suas estratégias a partir de programas já existentes para o asmático, e qualifique os profissionais das unidades básicas para que o acompanhamento integral se concretize na prática.

## Colaboradores

Vanessa Cruz Miranda: contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Luciana Araújo do Reis: contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Karla Cavalcante Silva de Moraes: contribuiu significativamente para revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Juliana Barros Ferreira: contribuiu significativamente para revisão crítica do conteúdo e participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Tarcísia Castro Alves: contribuiu para análise, interpretação dos dados e participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

## Referências

AMARAL, L. M.; PALMA, P. V.; LEITE, I. C. G. Evolução das políticas públicas e programas de controle da asma no Brasil sob a perspectiva dos consensos. *J bras pneumol*., Brasília, DF, v. 38, n. 4, p. 518-525, 2012.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Esc. Anna Nery,* Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, 2011.

BATISTA, G. S. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da Asma – 2012. *Residência Pediátrica,* Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 47-8, 2013. Disponível em: <http://www.sbpt.org.br/downloads/arquivos/COM_ASMA/SBPT_DIRETRIZES_MANEJO_ASMA_ SBPT_2012.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Doenças respiratórias crônicas. *Caderno de Atenção Básica*, Brasília, DF, n. 25. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_respiratorias_cronicas.pdf>. Acesso em: 26 maio 2014.

CARDOSO, J. P.; OLIVEIRA, M. N. D. Tendência temporal das doenças respiratórias no município de Salvador. *RBPS*, Fortaleza, v. 24, n. 1, p. 31-39, 2011.

CORIOLINO, M. W. L. *et al*. Repercussão de uma intervenção educativa com agentes comunitários de saúde nas condições ambientais de domicílios de crianças asmáticas. *J bras pneumol*., Brasília, DF, v. 37, n. 3, 2011.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc. saúde colet.,* Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

FELIZOLA, M. L. B. M. *et al*. Prevalência de asma brônquica e de sintomas a ela relacionados em escolares do Distrito Federal e sua relação com o nível socioeconômico. *J bras pneumol*., Brasília, DF, v. 31, n. 6, p. 486-91, 2005.

FONTES, M. J. F. *et al*. Impacto de um programa de manejo da asma sobre as hospitalizações e os atendimentos de urgência. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 87, n. 5, 2011.

GIGHIO, L. A.; BARRETO, D. S.; FAJARDO, A. P. Reflexões de uma equipe de saúde e sua população adscrita sobre longitudinalidade da atenção. *Rev. APS*., Juiz de Fora, v. 17, n. 2, p. 244-254, 2014.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). *Global strategy for asthma management and prevention*. Institute of Heart, Lung and Blood Institute of Health. National Institute of Health Bethesda. 2010. Disponível em: <http://ginasthma.org/>. Acesso em: 27 ago. 2014.

KINCHOKU, V. M. *et al*. Fatores associados ao controle da asma em pacientes pediátricos em centro de referência. *Rev. Paul. Pediatr.*, São Paulo, v. 29, n. 4, 2011.

MARTINS, L. F. P.; MENEGHIUM, M. C., MARTINS, L. C.; PEREIRA, A. C. Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais. *RFO*, Passo Fundo, v. 19, n. 2, p.151-158, 2014.

PEROSA, G. B. *et al*. Qualidade de vida de crianças e adolescentes asmáticos: sua relação com estratégias de enfrentamento materno. *Rev. Paul. Pediatr.*, São Paulo, v. 31, n. 2, 2013.

ROCHA J. I. P. *et al*. Relação entre a ocorrência de asma em crianças com: nível educacional dos cuidadores, renda domiciliar e condições de moradia. *Rev. Fac. Ciênc. Méd.,* Sorocaba, v. 13, n. 1, p. 17-21, 2011.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Estratégia saúde da família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 48-63, jan./mar. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). Diretrizes para o manejo da asma. *J bras Pneumol.*, Brasília, DF, v. 38, supl.1, S1-S46, 2012.

SOUZA, A. M. V.; MARCH, M. F. P. *Política sanitária para asma no Brasil*. Rio de Janeiro: SOPERJ, 2010.

TELLES FILHO, P. A. L. *Asma brônquica*. 2012. Disponível em: <http://www.asmabronquica.com.br/medical/epidemiologia.html>. Acesso em: 5 maio 2014.

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

WEHRMEISTER, F. C.; PERES, K. G. A. Desigualdades regionais na prevalência de diagnóstico de asma em crianças: uma análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1839-1852, 2010.

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

# Trabalho feminino, políticas familiares e discursos pró-aleitamento materno: avanços e desafios à equidade de gênero

*Women´s work, family policies and pro-breastfeeding discourses: advances and challenges to gender equity*

Irene Rocha Kalil[1], Adriana Cavalcanti de Aguiar[2]

**RESUMO** O artigo aborda a relação entre discursos pró-aleitamento materno, trabalho feminino e políticas familiares no Brasil, apontando avanços e desafios à equidade de gênero. A análise dos materiais da Estratégia de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta, do Ministério da Saúde, com base nos referenciais dos estudos de gênero e da semiologia dos discursos sociais, indica como os discursos oficiais reforçam o valor da amamentação para a saúde da criança e reiteram a divisão sexual do trabalho. Por sua vez, as políticas familiares ainda não atendem às necessidades sociais, como a extensão das licenças maternidade e paternidade para todos os trabalhadores e a criação de licenças parentais.

**PALAVRAS-CHAVE** Aleitamento materno. Trabalho feminino. Políticas públicas. Educação em saúde. Gênero e saúde.

**ABSTRACT** *The paper discusses the relationship between pro-breastfeeding discourses, women's work and family policies in Brazil, pointing advances and challenges to gender equity. The analysis of the Strategy to Support Breastfeeding Working Mothers material, of the Ministry of Health, based on benchmarks of gender studies and social discourses semiology, indicates how the official discourses reinforce the value of breastfeeding for children health and reiterate the sexual division of labor. In turn, family policies still don't cover the social needs, such as the extension of maternity and paternity leaves for all workers, and the creation of parental leaves.*

**KEYWORDS** *Breastfeeding. Women's work. Public policies. Health education. Gender and health.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), Núcleo de Comunicação Social – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *irenekalil@gmail.com*

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Instituto de Medicina Social (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *adriana.aguiar@post.harvard.edu*

 DOI: 10.1590/0103-1104201611016

## Introdução

O aleitamento materno é prática intensamente estimulada por organizações internacionais e por políticas públicas em diversos países, sendo visto como importante fator na redução das taxas de morbimortalidade infantil e no incremento da saúde da criança. E isso não é uma prerrogativa das chamadas nações 'em desenvolvimento'. Inglaterra, Estados Unidos, Canadá, entre outros, também promovem consistente movimento em prol da adoção maciça da amamentação. Em geral, os discursos oficiais se pautam no valor nutricional e imunológico do leite materno para o bebê/criança, além de enfatizarem seus benefícios na redução das

> possibilidades de surgirem problemas alérgicos, respiratórios e também de algumas doenças que costumam se manifestar mais tarde, tais como obesidade, pressão alta, colesterol alto e diabete. (BRASIL, 2010B, P. 11).

Fonte do precioso leite, o corpo feminino é objeto de regulações, agora como instrumento de garantia da saúde da criança em moldes apregoados pelos governos e por organizações internacionais.

Ocorre que mulheres brasileiras de diversos estratos socioeconômicos integram, como componente imprescindível, tanto o sistema 'reprodutivo' (organizado em torno de atividades de gestar, parir, alimentar e cuidar das crianças e da família) quanto o sistema produtivo, como população economicamente ativa. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a força de trabalho feminina corresponde a 43,55% do total, somando 39.870.376 pessoas. Algumas dessas mulheres trabalhadoras são responsáveis pelo sustento exclusivo de 37,3% das famílias brasileiras, a maioria delas 'monoparentais', ou seja, compostas pela mãe e seus filhos (IBGE, 2010). Cabe, então, propor uma reflexão sobre como o Estado brasileiro vem promovendo a disponibilidade e a abrangência de políticas públicas voltadas para a família e como tais iniciativas dialogam com os discursos oficiais pró-aleitamento.

## Dos objetos, objetivos, premissas e referenciais teórico-metodológicos

Busca-se, aqui, trazer à tona algumas questões sobre a relação entre os discursos pró-aleitamento materno, o trabalho feminino e as leis de proteção à infância, à maternidade e, mais recentemente, à paternidade. As principais premissas do presente trabalho são: 1) a despeito dos incisivos discursos que buscam promover a amamentação entre mulheres de todas as classes sociais, desde a virada do século XIX para o XX, e da maciça participação das mulheres na força de trabalho, as políticas familiares vigentes no País fornecem insuficiente suporte à mulher que é mãe e trabalhadora (e ao pai que deseja assumir um papel relevante no cuidado com o bebê); e 2) a interface entre trabalho feminino e maternidade/amamentação (em outras palavras, entre a esfera da produção e da reprodução) é negligenciada nos materiais educativos oficiais da área de saúde, sendo o impacto do trabalho na prática da amamentação pouco tematizado, e os impactos da amamentação na trajetória profissional da mulher jamais mencionados.

O objeto empírico é composto de materiais educativos da Política Nacional de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (MS), especificamente referentes à Estratégia de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta (*folder* dirigido a empresários e cartilha voltada a mulheres); e entrevista presencial semiestruturada com a coordenadora das

Ações de Aleitamento do MS, realizada em agosto de 2014. A escolha deste *corpus* híbrido deveu-se, em primeiro lugar, ao entendimento de que, nesses materiais selecionados, sobressairiam as relações entre discursos pró-aleitamento, políticas familiares e trabalho feminino, permitindo a observação da influência desses materiais no questionamento ou na reprodução da divisão sexual do trabalho e de outras perspectivas sexistas historicamente presentes em nossa sociedade. Em segundo lugar, considerou-se que a entrevista seria de fundamental importância em três aspectos: 1) no fornecimento de dados do contexto de produção *stricto sensu* dos materiais; 2) na compreensão mais ampla dos sentidos sobre aleitamento materno propostos nesses e por esses materiais por meio da voz de seus produtores reais; e 3) na observação da tendência de incorporação de elementos distintos e até mesmo contraditórios nos discursos oficiais, demonstrando a polifonia que é inerente a todo discurso, inclusive ao considerado hegemônico. O projeto de pesquisa que resultou neste artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (CAAE 30585014.3.0000.5241).

Para realizar a análise de tais discursos, foram adotados dois referenciais teóricos principais. De um lado, buscou-se compreender o processo de naturalização da amamentação, tomada, progressivamente, como função biológica e social da mulher, sobretudo no discurso biomédico, a partir do olhar dos estudos de gênero. Sem desconsiderar os diferentes usos que o termo gênero pode ter na literatura em saúde coletiva, configurando-se como categoria "complexa e multifacetada" (VILLELA; MONTEIRO; VARGAS, 2009, P. 1004), tomou-se tal categoria como aquela que questiona a suposta essência sexual dos conceitos de masculino e feminino, mostrando que se encontram, na verdade, "mergulhados na esfera política, legitimando posições assimétricas na distribuição social do poder entre os sexos" (ROMANI, 1982, P. 65). A despeito de não ser sinônimo da categoria 'sexo' ou se referir unicamente à categoria 'mulher', entende-se que, tendo sua origem no pensamento feminista, o termo

> carrega um compromisso político com as mulheres, e a força da sua utilização reside na possibilidade de oferecer novos ângulos de compreensão dos eventos da vida de mulheres e homens que ampliem a autonomia. (VILLELA; MONTEIRO; VARGAS, 2009, P. 1004).

Ao lado dos estudos de gênero, o principal referencial teórico-metodológico foi a semiologia dos discursos sociais (PINTO, 1994). Aplicada ao material empírico por meio da análise de discurso, essa corrente propõe: 1) entender o discurso como constitutivo/constituinte das relações sociais de poder, atuando na sua manutenção ou mudança; 2) analisar o discurso tomando como base suas marcas ou pistas textuais; 3) problematizar os sentidos privilegiados e naturalizados nesses discursos, relacionando-os às ideologias implicadas, conscientes ou inconscientes, em sua concepção/produção, como consequência necessária da ligação do discurso com suas condições sociais de produção; e 4) pensar a comunicação/recepção como processo de negociação de sentidos entre sujeitos emissor e receptor. Nessa perspectiva, as presenças e ausências sobre amamentação nos discursos oficiais estão relacionadas aos contextos ou condições sociais de produção dos discursos, que abarcam desde as condições imediatas em que são produzidos (perfil dos produtores, objetivos, formatos, interlocutores a quem se destinam) até referenciais identificados com menos precisão, sob a forma de memória discursiva ou interdiscurso (ORLANDI, 1999).

## Breve histórico das relações entre discursos pró-aleitamento materno, leis de proteção à infância e à maternidade e trabalho feminino no País

Neste trabalho, as políticas familiares são tomadas como um componente da construção do chamado 'estado de bem-estar social', compreendendo-se a participação da família em seu desenho institucional, ou seja, esse lugar criado para a família como célula da sociedade, extrapolando as relações do âmbito privado e permeando a esfera pública (FLAQUER, 2000). Segundo Flaquer (2000, P. 12), o termo 'política familiar' abrange

> um conjunto de medidas públicas destinadas a aportar recursos às pessoas com responsabilidades familiares para que possam desempenhar, nas melhores condições possíveis, as tarefas e atividades derivadas delas, em especial as de atenção a seus filhos menores delas dependentes.

As políticas familiares se operacionalizam, assim, por meio de leis de proteção à infância, à maternidade, à paternidade e à instituição familiar como um todo.

No Brasil, de acordo com Mott (2001), as primeiras ações no âmbito da proteção à infância e à maternidade tiveram início ainda durante a monarquia, quando foram elaborados projetos de lei para regulamentar o trabalho de escravos (inclusive mulheres grávidas e crianças), fiscalizar a atuação das amas de leite, entre outros. Pelo projeto de lei elaborado, em 1822, por José Bonifácio de Andrade e Silva, após completar três meses de gestação, a escrava ficava

> proibida de realizar trabalhos pesados e violentos. Após o oitavo mês a atividade deveria ficar restrita ao serviço da casa e depois do parto deveria ter um mês de convalescença. (MOTT, 2001, P. 206).

Embora esses e outros projetos não tenham sido aprovados, por irem de encontro aos interesses dos senhores de escravos da época, Mott (2001, P. 207) ressalta que a cidade do Rio de Janeiro foi, logo após a proclamação da República, "o primeiro local a regulamentar o trabalho de menores", e também que,

> a partir de 1910, em algumas cidades, as professoras primárias obtiveram dois meses de licença maternidade com vencimentos e proibiu-se o trabalho das mulheres no último mês de gravidez e no primeiro do puerpério. (MOTT, 2001, P. 207).

No final do século XIX, observou-se um crescimento da pressão social para que o Estado brasileiro "assumisse a responsabilidade pela promoção do desenvolvimento físico, moral e intelectual de todas as crianças" (BESSE, 1999, P. 104). No decorrer da década de 1890, presenciou-se a extensão da escolarização pública e elementar gratuita, bem como algumas tentativas de regulação do trabalho infantil nas fábricas, notoriamente infringidas pelos empregadores (BESSE, 1999). Nas primeiras décadas do século XX, com apoio de personalidades envolvidas na defesa da infância, o Estado intensificou a criação de leis que protegiam a saúde e a integridade física de crianças e mães: o percurso de institucionalização das leis sociais no País foi longo, "sendo obtido através da luta de homens e mulheres provenientes de diferentes grupos" (MOTT, 2001, P. 205), como a regulamentação da licença maternidade e o estabelecimento da idade mínima de 14 anos para emprego de menores. Besse (1999, P. 107) defende que, se, por um lado, esse foi um período de 'avanços' na legislação em defesa dos direitos das mães e crianças, por outro, as próprias leis que regulavam o trabalho

feminino eram produto também de uma convergência de interesses: os operários tinham como objetivo manter suas mulheres em casa, enquanto "os que elaboravam as políticas buscavam orientar as energias das mulheres das classes operárias para a construção de famílias nucleares estáveis", em prol da ordem social.

É também a partir, principalmente, da segunda metade do século XIX, diante de um panorama de grande urbanização e industrialização no País, que começam a ocorrer transformações significativas no comportamento social com relação à amamentação. Como aplicação do receituário higienista – aliança entre médicos e Estado com o objetivo de defender a saúde física e moral das famílias e, consequentemente, o progresso da nação –, o aleitamento ganha conotação de problema nacional (COSTA, 1999). Por colocar em risco a vida das crianças burguesas e se contrapor aos interesses políticos populacionistas da elite da época (decorrentes da necessidade de ocupar importantes vazios demográficos), o aleitamento 'mercenário' (delegado a amas de leite) passa a ser considerado pelo higienismo uma infração às leis da natureza. O Estado moderno interfere no controle demográfico e político da população e promove um processo de 'estatização do indivíduo' (COSTA, 1999), que implicou a ingerência na transformação dos hábitos e condutas da tradição familiar e na reformulação do papel da mulher na família, convertida ao amor pelos filhos e transformada na "mãe higiênica" (COSTA, 1999, P. 255).

O discurso hegemônico, moralizante, preconizava a amamentação como função social da mulher, reforçando o papel que historicamente lhe coube: o de esposa, mãe, dona de casa, responsável pelo cuidado e a manutenção do lar e da família. Nesse contexto, a questão da relação entre amamentação e trabalho feminino tomava proeminência. Segundo Costa (1999, P. 258/261-262), é possível supor que, além de proteger a vida e a saúde das crianças, a pressão do movimento higiênico em defesa da amamentação tinha ainda outras intenções. Sobre os objetivos disciplinares com relação ao comportamento da mãe, por exemplo, "o uso higiênico do tempo livre da mulher na casa" evitava que ela se perdesse no 'ócio' e em 'passatempos' considerados moralmente inadequados; fortalecia a restrição da atuação da mulher ao espaço doméstico, reduzindo a concorrência com o homem no mundo do trabalho (advinda de uma onda de emancipação feminina insuflada pela urbanização); e fomentava a manutenção da coesão do núcleo familiar, buscando-se, por meio da amamentação, "depositar na mulher a responsabilidade pela unidade da família e dar ao homem maior disponibilidade para outras obrigações sociais". Matos (2000) reitera que a substantiva alteração nas relações familiares, com nova atribuição de papéis (sobretudo para as mães), influenciou, de forma crucial, as transformações que conduziram a mulher, cada vez mais, ao âmbito doméstico.

Desse modo, os discursos pró-aleitamento materno do início do século XX concorreram para o acirramento da divisão sexual do trabalho, conceito que, na acepção de Hirata e Kergoat (2007, 597/598), emerge da percepção da carga de trabalho, realizada de forma gratuita e 'invisível' socialmente, exercida pelas mulheres não em seu próprio benefício, mas para outros. O trabalho doméstico seria desenvolvido, segundo as autoras, "sempre em nome da natureza, do amor e do dever materno", e se contrapunha, em certa medida, ao trabalho profissional, assalariado, "pensado até então apenas em torno do trabalho produtivo e da figura do trabalhador masculino, qualificado, branco".

Com relação à regulação do trabalho de mulheres e crianças, apenas durante o governo do presidente Getúlio Vargas, em 1932, foram aprovadas leis definitivas, incluindo direitos como a garantia do emprego após a licença maternidade, os intervalos

para amamentação até a criança completar seis meses e a instalação de creches no local de trabalho em empresas que empreguem mais de 30 mulheres (BESSE, 1999, P. 105). Em 1940, Vargas criou o Departamento Nacional da Criança (DNCr), subordinado ao Ministério da Educação e Saúde e responsável por centralizar a política de assistência à mãe e à criança no País ao longo de 30 anos (BRASIL, 2011). Extinto em 1969, o DNCr foi substituído, no ano seguinte, pela Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), vinculada à Secretaria de Assistência Médica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), cuja estrutura passou por diversas mudanças ao longo dos anos até chegar à Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) que conhecemos hoje.

Atualmente, a política do Ministério da Saúde, que promove, protege e apoia o aleitamento materno, operacionaliza-se por uma série de estratégias, duas das quais estão ligadas, diretamente, às temáticas deste artigo: o Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta e a Proteção Legal ao Aleitamento Materno. A Proteção Legal ao Aleitamento Materno, como o próprio nome indica, compreende um aparato jurídico para garantir o direito de mulheres trabalhadoras de amamentarem seus filhos e para proteger o aleitamento materno. Nesse sentido, o Brasil possui uma legislação específica, com a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL), e a Lei nº 11.265/2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, e, também, a de produtos de puericultura correlatos. Recentemente, a Lei nº 11.770/2008 avançou em promover e apoiar o aleitamento exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê, regulamentando a extensão da licença maternidade, sem prejuízo do emprego ou do salário, para funcionárias públicas federais. No entanto, a adoção da licença maternidade de 180 dias por estados, municípios e empresas privadas não é obrigatória, sendo 'estimulada', no caso da iniciativa privada, por meio de incentivo fiscal concedido pelo governo federal. Já o Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta é uma iniciativa lançada pelo MS, em 2010, com objetivo de apoiar a mulher trabalhadora na continuidade da amamentação após o final da licença maternidade. Segundo a coordenadora das Ações de Aleitamento Materno, a estratégia surgiu da identificação da necessidade de, além de orientar a mulher para amamentar exclusivamente até os seis meses do bebê, apoiá-la no retorno ao trabalho, mediante 'acolhimento' pelo empregador e/ou gestor e colegas. Assim, nas palavras da própria coordenadora, tal iniciativa 'extrapola o setor saúde' e busca sensibilizar outros segmentos para a importância da amamentação e a decorrente necessidade de auxiliar a mãe trabalhadora que amamenta na conciliação de amamentação e trabalho.

## Resultados: discursos pró-aleitamento, trabalho feminino e políticas familiares

No que concerne aos materiais educativos da Estratégia Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta, além de uma cartilha voltada a mulheres, há um folder dirigido a empresários. A coordenadora das Ações de Aleitamento Materno informou que, na perspectiva do MS, esses materiais, sobretudo a 'Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta' (BRASIL, 2010B), atendem a uma demanda por informações não somente das gestantes e lactantes, mas, também, dos próprios profissionais de saúde. Estes, a despeito do seu conhecimento técnico sobre o manejo da amamentação, não disporiam de informações suficientes acerca de como orientar as mães sobre seus direitos.

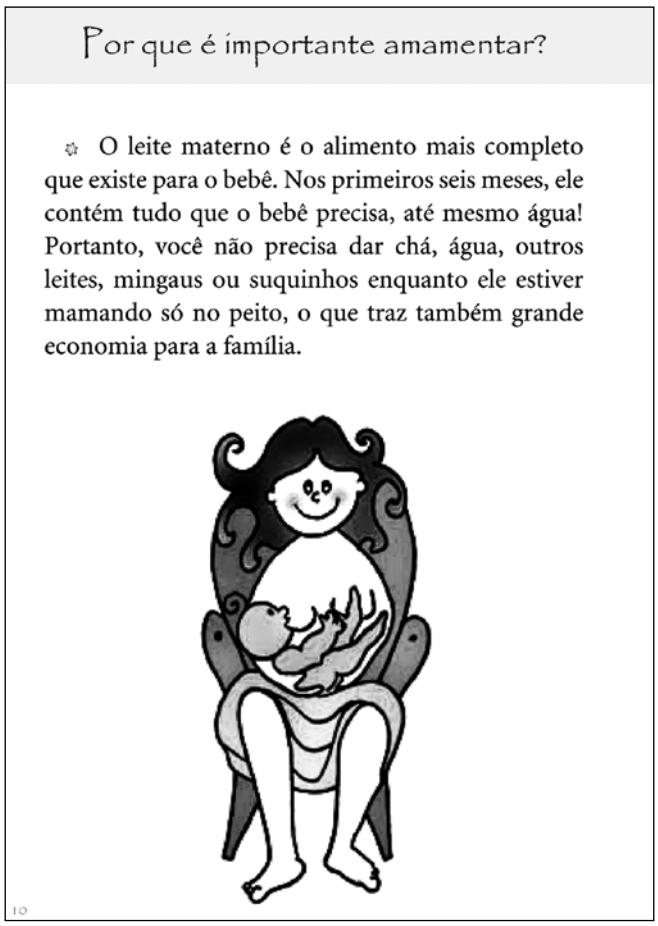
Figura 1. Capa da 'Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta'

Fonte: **BRASIL (2010B)**.

No intuito de minimizar essa lacuna, a Cartilha (BRASIL, 2010B) se dirige a mulheres que amamentam e devem retornar ao trabalho formal remunerado após a licença maternidade. Propõe-se a 'dar algumas respostas' às mães trabalhadoras sobre 'como dar de mamar e ao mesmo tempo trabalhar fora de casa', apresentando os direitos da trabalhadora que amamenta, reiterando a importância do aleitamento materno e orientando sobre como manter a amamentação após a volta ao trabalho. Desse modo, um de seus focos é esclarecer a mulher trabalhadora sobre seus direitos, informando sobre as garantias legais para famílias com filho(s): proteção à gestante contra demissão arbitrária (ou sem justa causa); obrigatoriedade de oferta de creches ou berçários (ou adoção do 'reembolso-creche') por empresas com 30 ou mais trabalhadoras maiores de 16 anos; direito a pausas para amamentar durante a jornada de trabalho; licença maternidade de 120 dias com remuneração integral; licença maternidade de seis meses (para funcionárias de empresas que aderiram à Lei nº 11.770/2008 e funcionárias públicas de estados e municípios que adotaram a licença estendida); extensão da licença maternidade por indicação médica; e licença paternidade de cinco dias.

Na ilustração da capa da Cartilha (BRASIL, 2010B), uma mulher está sentada à mesa de trabalho, com o corpo virado para o lado e exibindo balõezinhos de pensamento com desenhos de diversas situações em volta da sua cabeça. Com uma mão, segura um telefone, e, com a outra, aponta para cima, como se lembrasse de alguma pendência. A imagem é bastante sugestiva sobre a situação da mulher-trabalhadora-mãe-que-amamenta: mesmo no ambiente de trabalho, ela teria a cabeça povoada por uma série de 'temas' ou 'questões', englobando os cuidados com o bebê e os filhos mais velhos, a relação com o marido e a administração da casa – com compras de mercado e contas a pagar. Ainda assim, a mulher aparece sorridente na imagem, dissimulando eventual transtorno decorrente da necessidade de conciliar tantas atribuições. Não há espaço para discussão sobre a possibilidade de a mulher, diante de inúmeras demandas, escolher a alimentação artificial do seu bebê. De acordo com Taylor e Wallace (2012, P. 85), restaria à mulher que não amamenta ou interrompe o aleitamento por limitações físicas ou necessidades pessoais lidar com a culpa ou a vergonha diante do julgamento moral da sociedade por colocar em risco a saúde do seu bebê. Para as autoras, a mensagem dos discursos pró-aleitamento "de que todas as mulheres podem amamentar implica que qualquer mulher que não consiga ou não o faça seja vergonhosa, uma mulher incompleta".

Figura 2. Página interna da 'Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta'




Fonte: **BRASIL (2010B)**.

O foco nas qualidades do leite materno como produto e sua relevância para o estabelecimento e a manutenção da saúde da criança também pode ser observado em diversos trechos do material. Um exemplo é a seção: Por que é importante amamentar? Nela, são citados nove motivos pelos quais o documento considera importante amamentar. Destes, cinco se relacionam a qualidades relacionadas, especificamente, ao leite materno: alimento mais completo que existe, fácil de digerir, prático (está sempre pronto para o consumo), protege o bebê contra muitas doenças e diminui as possibilidades de problemas alérgicos, respiratórios e doenças, como diabetes, obesidade, entre outras. Das quatro restantes, três se referem a vantagens para a saúde orgânica da mãe: diminuição das chances de ocorrência de cânceres de mama e ovário e de diabetes, favorecimento da contração do útero materno, diminuindo perdas sanguíneas e anemia após o parto e maior facilidade para perder o peso adquirido durante a gravidez. O outro benefício apontado diz respeito à saúde do bebê, mas referindo-se à atividade de mamar e destacando a importância da sucção como exercício para desenvolvimento da face, contribuindo para que a criança tenha dentes bonitos, boa fala e respiração.

Para além dos aspectos objetivos da situação de retorno da mulher às atividades profissionais após o nascimento do bebê (sensibilização de chefia e colegas no ambiente de trabalho, estocagem de leite materno e treinamento do cuidador substituto para fornecê-lo à criança), o documento não aciona os sentidos da amamentação como relação que se estabelece entre as subjetividades de mãe e bebê. Esse aspecto da prática aparece somente em um momento: quando menciona "o contato físico, o carinho, o estímulo" (BRASIL, 2010B, P. 2) que a mãe sonha em dar para a criança e que a amamentação lhe permitiria proporcionar. Aspectos sociais mais amplos da vida da mulher-trabalhadora-mãe-que-amamenta ou 'sintomas' de origem emocional que possam acometer o bebê ou a mãe quando se aproxima o fim da licença maternidade e o momento da volta desta última ao trabalho não são abordados no material. Omitindo possíveis dificuldades da mulher – e mesmo da criança – em manter a amamentação após a retomada da rotina profissional pela mãe, a Cartilha (BRASIL, 2010B) silencia a problemática do desmame.

Com relação à linguagem utilizada no material, ressalta-se o uso de verbos no tempo presente e, de modo geral, na forma imperativa, tratando-se de um discurso de 'comando', que busca produzir um 'efeito de verdade' e fazer com que o receptor adote, no futuro, o comportamento ou a atitude a qual tal enunciado expressa (PINTO, 1994). Tal recurso fica evidente, por exemplo, no quadro "Algumas dicas", por meio de enunciados como: "Converse com o patrão para ver a possibilidade de você ter maior flexibilidade nos horários de trabalho", "Fale e explique ao seu patrão e seus colegas a importância de amamentar, explique especialmente que o leite materno protege seu filho", "Explique tudo isso também aos seus familiares" (BRASIL, 2010A, P. 4).

O *folder* 'Apoio à mulher trabalhadora para manter a amamentação' (BRASIL, 2010A, P. 2) possui identidade visual semelhante à do material descrito anteriormente. Destinado a empresários, o material busca sensibilizar esse segmento da população para apoiar a mulher em fase de amamentação em suas empresas. Tal iniciativa parte do entendimento do MS de que, além das ações que já vinham sendo desenvolvidas no País, no âmbito da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, "é preciso incorporar novas estratégias de apoio à amamentação envolvendo todos os setores da sociedade". A ilustração da capa, semelhante à da capa da Cartilha (BRASIL, 2010B), traz uma mulher-trabalhadora-mãe-que-amamenta sentada à sua mesa de trabalho, com acesso a computador e aparelho telefônico (na representação de

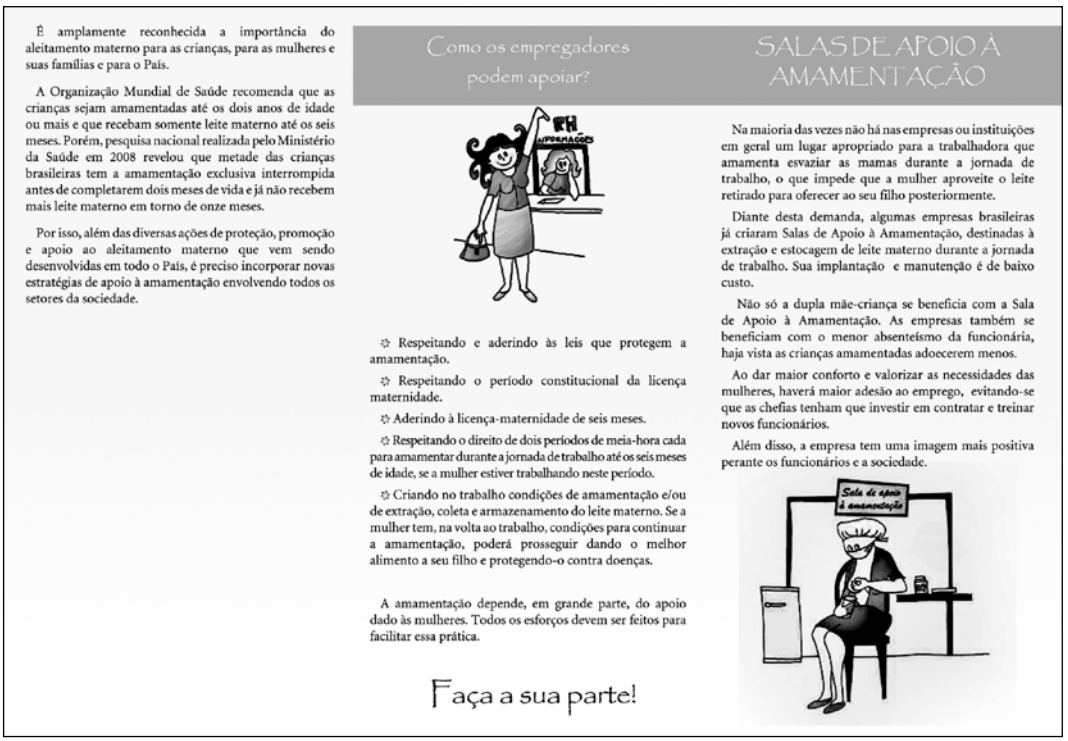
uma profissional com certo grau de escolarização, cujo trabalho não pode ser considerado predominantemente físico), apontando o dedo para cima como se estivesse lembrando-se de algo. O que aparece no 'balãozinho' de pensamento é a imagem dela amamentando seu bebê. Daí, depreende-se que, mesmo no ambiente de trabalho, esta mulher está dividida entre trabalhar e amamentar seu/sua filho/a.

Figura 3. *Folder* 'Apoio à mulher trabalhadora para manter a amamentação' I

Fonte: BRASIL (2010A).

Além de citar alguns passos que o empresariado nacional poderia adotar para apoiar a amamentação, como respeitar as leis que protegem a prática e aderir à licença-maternidade de seis meses, o texto advoga a implantação de uma sala de apoio à amamentação na empresa, argumentando que o empresário também sairia ganhando "com o menor absenteísmo da funcionária, haja vista as crianças amamentadas adoecerem menos" (BRASIL, 2010A, P. 4). As salas de apoio à amamentação são concebidas como espaços que permitem à mulher retirar e estocar adequadamente o leite materno em seus ambientes de trabalho. O material reitera, ainda, as vantagens da amamentação/aleitamento materno para mãe, criança e família, e tem, na última página, um texto escrito em fonte maior e tom mais enfático e solene: "Contribua para o desenvolvimento da Nação. Invista HOJE no amanhã das crianças brasileiras". Tal trecho remete aos discursos do final do século XIX e das primeiras décadas do século XX, promovidos pelo movimento higienista, que relacionava o cuidado com os filhos à saúde da nação, vinculando a amamentação ao provimento de cidadãos fortes para a construção de uma nação moderna e próspera (MATOS, 2000).

Figura 4. *Folder* 'Apoio à mulher trabalhadora para manter a amamentação' II



É amplamente reconhecida a importância do aleitamento materno para as crianças, para as mulheres e suas famílias e para o País.

A Organização Mundial de Saúde recomenda que as crianças sejam amamentadas até os dois anos de idade ou mais e que recebam somente leite materno até os seis meses. Porém, pesquisa nacional realizada pelo Ministério da Saúde em 2008 revelou que metade das crianças brasileiras tem a amamentação exclusiva interrompida antes de completarem dois meses de vida e já não recebem mais leite materno em torno de onze meses.

Por isso, além das diversas ações de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno que vem sendo desenvolvidas em todo o País, é preciso incorporar novas estratégias de apoio à amamentação envolvendo todos os setores da sociedade.

Como os empregadores podem apoiar?

- Respeitando e aderindo às leis que protegem a amamentação.
- Respeitando o período constitucional da licença maternidade.
- Aderindo à licença-maternidade de seis meses.
- Respeitando o direito de dois períodos de meia-hora cada para amamentar durante a jornada de trabalho até os seis meses de idade, se a mulher estiver trabalhando neste período.
- Criando no trabalho condições de amamentação e/ou de extração, coleta e armazenamento do leite materno. Se a mulher tem, na volta ao trabalho, condições para continuar a amamentação, poderá prosseguir dando o melhor alimento a seu filho e protegendo-o contra doenças.

A amamentação depende, em grande parte, do apoio dado às mulheres. Todos os esforços devem ser feitos para facilitar essa prática.

Faça a sua parte!

SALAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

Na maioria das vezes não há nas empresas ou instituições em geral um lugar apropriado para a trabalhadora que amamenta esvaziar as mamas durante a jornada de trabalho, o que impede que a mulher aproveite o leite retirado para oferecer ao seu filho posteriormente.

Diante desta demanda, algumas empresas brasileiras já criaram Salas de Apoio à Amamentação, destinadas à extração e estocagem de leite materno durante a jornada de trabalho. Sua implantação e manutenção é de baixo custo.

Não só a dupla mãe-criança se beneficia com a Sala de Apoio à Amamentação. As empresas também se beneficiam com o menor absenteísmo da funcionária, haja vista as crianças amamentadas adoecerem menos.

Ao dar maior conforto e valorizar as necessidades das mulheres, haverá maior adesão ao emprego, evitando-se que as chefias tenham que investir em contratar e treinar novos funcionários.

Além disso, a empresa tem uma imagem mais positiva perante os funcionários e a sociedade.

Fonte: BRASIL (2010A).

O gênero do substantivo utilizado para se referir aos empregadores é sempre o masculino, não somente nos materiais analisados como, também, na fala da entrevistada. Isso se verifica no tópico "Como 'os empregadores' podem apoiar?", do *folder* (BRASIL, 2010A, P. 2, GRIFO NOSSO), nos enunciados "Converse com *o* 'patrão' para ver a possibilidade de você ter maior flexibilidade nos horários de trabalho" e "Fale e explique '*ao seu patrão*' e seus colegas a importância de amamentar" (BRASIL, 2010B, P. 4, GRIFOS NOSSOS). A questão do sexo do(a) empresário(a) – inclusive como fator que poderia interferir (negativa ou positivamente) na sua sensibilização para a causa – não é mencionada nos discursos desses materiais, mesmo com a ampliação da presença de mulheres no mercado formal de trabalho. No Brasil, entretanto, a escolha do gênero masculino do substantivo nos materiais reforça uma tendência real do mercado. Segundo pesquisa intitulada 'Mulheres nos negócios: o caminho para a liderança' (IBR, 2015), o País é o terceiro no mundo com a menor proporção de cargos de gestão seniores detidos por mulheres (15%), empatado com a Índia e atrás apenas da Alemanha e do Japão. O estudo também elenca os fatores que influenciam a progressão na carreira de homens e mulheres, apontando que o cuidado da família exige mais sacrifícios da mulher.

Nesse sentido, o discurso do compromisso moral da mulher para com a amamentação da prole – como o proferido pelo *folder* – é indissociável daquele que reforça a divisão sexual do trabalho (na qual cabe ao homem o trabalho no mundo público e a manutenção financeira da família, e à mulher o cuidado com a família e a organização do espaço doméstico). Tal discurso se perpetua, ainda, em diversos momentos, nos materiais oficiais sobre aleitamento materno, a despeito da

presença maciça da mulher no mercado de trabalho formal e informal. Afinal, no País, "quase 25% da população economicamente ativa é constituída por mulheres com filhos menores de seis meses de idade" (BRASILEIRO *ET AL.*, 2012, P. 647). Os materiais analisados supõem saber o que a mãe deseja para o seu filho (BRASIL, 2010B) e preconizam que todos devem apoiar a amamentação (BRASIL, 2010A), dever da mulher, a qual precisa ser apoiada nessa empreitada. Mesmo na Cartilha (BRASIL, 2010B), a tônica dos discursos é de que cabe à própria mulher trazer as demandas familiares – no caso, relacionadas à alimentação do bebê – para suas relações e ambiente de trabalho, sensibilizando chefe e colegas. A mensagem é inequívoca: o papel de mãe deve se sobrepor aos demais, inclusive ao de profissional, e a saúde do bebê é, mais do que uma complexa rede de condicionantes sociais, responsabilidade que recai, quase que exclusivamente, sobre a mulher.

## Discussão: alguns avanços e muitos desafios

A despeito do incremento conquistado na prática do aleitamento materno no Brasil nos últimos quarenta anos, as taxas, principalmente as relacionadas à amamentação exclusiva, continuam, segundo Souza, Espírito Santo e Giugliani (2010), abaixo do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Para as autoras, os principais obstáculos para que o País alcance os índices de aleitamento materno desejados incluem suas dimensões continentais, que implicam: diferenças regionais significativas; a dificuldade de sensibilização, tanto de gestores e profissionais de saúde quanto da população em geral, sobre a importância da promoção do aleitamento materno; a escassez de recursos humanos com qualificação para esse trabalho; e o abandono do aleitamento materno após o final ou mesmo durante a licença-maternidade. Tais obstáculos evidenciam, segundo elas, a necessidade de investir em novas políticas e estratégias que viabilizem a amamentação.

Sobre o abandono da amamentação pelo retorno ao trabalho, parece razoável afirmar que a adoção de novas estratégias de incentivo à amamentação deveria incluir a problematização da questão do trabalho feminino e das políticas familiares, apontando contradições da política de promoção, proteção e apoio à amamentação, que permanecem pouco exploradas nos discursos contemporâneos pró-aleitamento materno. Observa-se, por exemplo, uma diferença fundamental entre os discursos a favor da utilização de fórmulas na alimentação de lactentes, difundidos até a década de 1970, e os discursos anteriores e posteriores a eles (tanto no higienismo quanto no retorno do incentivo ao aleitamento materno, a partir do final dos anos 1970). Enquanto os primeiros tinham como contexto a segunda onda feminista, a difusão da pílula anticoncepcional e a regulamentação do trabalho feminino no País, voltando sua atenção, principalmente, para a liberdade da mulher, os discursos pró-aleitamento materno concentram seu foco na criança e secundarizam qualquer obstáculo experimentado pela mulher, especialmente a trabalhadora, na prática da amamentação (AMORIM, 2008).

No entanto, diversos autores chamam atenção para os limites e possibilidades contemporâneas de conciliação entre a amamentação e a função materna como concebida na atualidade, por um lado, e o investimento da mulher na carreira, por outro. Essa relação tem sido analisada, por exemplo, na perspectiva de como o trabalho de meio período seria uma estratégia para auxiliar as mulheres a combinar amamentação e emprego (FEIN; ROE, 1998), muito improvável para aquelas mulheres que são chefes de família e não podem abrir mão de importante parcela da renda; ou de como a ampliação da licença maternidade, mudanças no ambiente de trabalho e leis específicas de proteção à mulher que

amamenta poderiam beneficiar os índices de amamentação entre mulheres trabalhadoras (BRASILEIRO *ET AL.*, 2012). Pesquisa realizada por Batista, Farias e Melo (2013, P. 132) também aponta associação positiva entre o fato de a mulher 'ser do lar' e a prática da amamentação exclusiva e um melhor cuidado com os filhos (em comparação com mães que trabalham fora de casa). Os autores ressaltam, no entanto, que o trabalho não impede a amamentação, dada a existência de alternativas "como a ordenha manual e a licença maternidade, para possibilitar à mãe uma maior dedicação ao seu filho e propiciar a prática do aleitamento materno". Nesses casos, entende-se o trabalho da mulher como um potencial obstáculo ou, ao menos, dificultador da amamentação.

Uma aproximação incomum é feita por Rippeyoung e Noonan (2009) sobre o foco do olhar acadêmico recair sempre sobre a influência negativa do trabalho da mulher no sucesso da amamentação. Os autores defendem que é preciso investigar se e como o aleitamento materno interfere no trabalho feminino, ou seja, se a relação opera, também, na direção oposta, argumentando que a prática de amamentar um bebê 'concorreria', em certa medida, com o retorno da mãe ao trabalho. Em função disso, muitas mulheres poderiam reduzir suas jornadas de trabalho, tirar licenças-maternidade mais longas, optar por um emprego mais compatível com a vida em família ou mesmo largar o trabalho em função da amamentação (situações mais frequentes em países como os Estados Unidos), o que acarretaria perdas econômicas para as famílias, além de desdobramentos negativos na trajetória profissional da mulher.

Nos materiais oficiais recentes de orientação ao aleitamento materno, no que se refere à contextualização das várias faces da mulher-mãe-que-amamenta, é notável que o trabalho feminino apareça tematizado somente nos materiais da Estratégia de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta, e que, mesmo neles, tal abordagem seja precária. A função de mãe é exposta como preponderante sobre os demais papéis assumidos pela mulher brasileira contemporânea, e o discurso se exime de problematizar os anseios e as expectativas, as condições de trabalho, salário e progressão profissional ou as dificuldades cotidianas de mulheres que optam ou, na maioria dos casos, precisam adotar a 'dupla jornada de trabalho', ou seja, acumular a participação nas esferas reprodutiva e produtiva (HIRATA; KERGOAT, 2007). É imprescindível pontuar essa questão porque os indicadores do trabalho precário demonstram que as mulheres são, inclusive, "mais numerosas do que os homens tanto no trabalho informal quanto no trabalho em parcial" (HIRATA, 2009, P. 26), sendo particularmente atingidas pela precarização social e do trabalho.

No que tange às políticas familiares brasileiras, que deveriam dar suporte às políticas voltadas à saúde da criança, da mulher e também do homem (que exerce, nesse caso, a função de pai e companheiro), há evidências de iniciativas que buscam dar condições sociais à aclamada 'amamentação exclusiva por seis meses' ou fazer emergir a reflexão mais sistemática sobre uma nova compreensão da paternidade e do lugar do pai no cuidado e na educação dos filhos. Nesse sentido, podem-se mencionar a aprovação e a regulamentação da ampliação da licença maternidade para seis meses para servidoras públicas federais (em 2008) e funcionárias de empresas privadas que aderirem ao Programa Empresa Cidadã (em vigor desde 2010); e a recente extensão da licença paternidade (para vinte dias consecutivos sem prejuízo do emprego e do salário) também para servidores da Administração Pública Federal e funcionários de instituições vinculadas ao Programa Empresa-Cidadã (Lei nº 13.257/2016).

## Conclusão

A análise dos materiais da Estratégia de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta permite concluir que nem mesmo eles abordam, satisfatoriamente, as diferentes condições de trabalho

da mulher e possibilidades de manter a amamentação para além da licença maternidade. Seus discursos continuam reforçando o dever da mulher de amamentar, recolocando-a na função materna e doméstica como seu principal papel social, tal qual exercido pelo discurso sanitarista da higiene nas primeiras décadas do século XX. Mais recentemente, passam a enfatizar também o caráter prático e 'econômico' do leite materno para a família, que pode prescindir de fórmulas 'maternizadas' e utensílios para ministrá-las. O aleitamento materno maciço converte-se em economia para o próprio Estado, que reduz os gastos com a compra de alimentos industrializados para manutenção de classes sociais menos favorecidas.

Entretanto, a política oficial não leva em consideração os 'custos' da amamentação. Não se discute o montante de recursos que, sobretudo o Estado, mas também as empresas despendem com as licenças ampliadas, nem quais são as repercussões quando uma mulher se afasta do mundo do trabalho assalariado – total ou parcialmente – para alimentar e cuidar pessoalmente da criança, com consequências para o orçamento familiar, às vezes, por períodos superiores a dois anos. Ao lado disso, a despeito de alguns avanços mencionados, as políticas familiares brasileiras continuam se mostrando insuficientes na resolução de questões relativas à conciliação do trabalho feminino remunerado com o trabalho representado não somente pelo aleitamento materno em si, mas pelo cuidado da família como um todo. Mais do que isso, elas acabam por ser, junto aos próprios discursos pró-aleitamento materno oficiais, corresponsáveis pela manutenção de um sistema de gênero no País que fortalece a divisão sexual do trabalho.

Se a saúde da criança é uma prioridade para o Estado brasileiro e o cuidado com seu desenvolvimento na chamada primeira infância, visto como tão primordial, é tempo de avançar em várias frentes por meio, entre outras coisas, de políticas familiares mais efetivas. A extensão das licenças maternidade e paternidade para todas as trabalhadoras e trabalhadores e a criação de licenças parentais, já existentes em países como Suécia e Portugal, podem representar um caminho para tornar mais equânime a divisão do bônus e do ônus oriundos da criação dos filhos entre mulheres e homens e desprecarizar, em alguma medida, a situação atual da mulher no mercado de trabalho.

## Colaboradores

Irene Rocha Kalil redigiu o artigo, desdobramento de sua pesquisa de doutorado, concluída em 2015. Adriana Cavalcanti de Aguiar revisou e editou o artigo, na condição de orientadora. ■

## Referências


AMORIM, S. T. S. P. Aleitamento materno ou artificial: práticas ao sabor do contexto. Brasil (1960-1988). *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 581-598, maio/ago. 2008.

BATISTA, K. R. A.; FARIAS, M. C. A. D.; MELO, W. S. N. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 130-138, jan./mar. 2013.

BESSE, S. K. *Modernizando a desigualdade:* Reestruturação da Ideologia de Gênero no Brasil 1914-1940. São Paulo: Edusp, 1999.

BRASIL. Lei nº 11.265, de 3 de janeiro 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,* Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jan. 2006. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm>. Acesso em: 25 ago. 2016.

_____. Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 set. 2008. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11770.htm>. Acesso em: 25 ago. 2016.

_____. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal... *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 mar. 2016. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm>. Acesso em: 25 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Apoio à mulher trabalhadora para manter a amamentação.* Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/apoio_mulher_trabalhadora_amamentacao.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2016.

_____. *Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta.* Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mae_trabalhadora_amamenta.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2016.

_____. *Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança:* 70 anos de história. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2011.

BRASILEIRO, A. *et. al*. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 642-648, 2012.

COSTA, J. F. *Ordem Médica e Norma Familiar.* 4. ed. Rio de Janeiro: Graal,1999.

FEIN, S. B.; ROE, B. The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding. *American Journal of Public Health,* Nova York, v. 88, n. 7, p. 1042-1046, 1998.

FLAQUER, L. *Las políticas familiares em una perspectiva comparada.* Barcelona: Fundación "la Caixa", 2000.

GRANT THORNTON INTERNATIONAL BUSINESS REPORT (IBR). *Women in business:* the path to leadership. Londres, 2015. Disponível em: <http://www.grantthornton.global/globalassets/1.-member-firms/global/insights/ibr-charts/ibr2015_wib_report_final.pdf>. Acesso em: 24 maio 2016.

HIRATA, H. A precarização e a divisão internacional e sexual do trabalho. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 11, n. 21, p. 24-41, jan./jun. 2009.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_gerais_amostra/resultados_gerais_amostra_tab_uf_microdados.shtm>. Acesso em: 17 ago. 2016.

MATOS, M. I. S. Em nome do engrandecimento da nação: representações de gênero no discurso médico: São Paulo 1890-1930. *Diálogos,* Maringá, v. 4, n. 4, p. 77-92, 2000.

MOTT, M. L. Maternalismo, políticas públicas e benemerência no Brasil (1930-1945). *Cadernos Pagu,* Campinas, n. 16, p.199-234, 2001.

ORLANDI, E. P. *Análise de Discurso:* princípios e procedimentos. Campinas: Pontes, 1999.

PINTO, M. J. *As marcas linguísticas da enunciação:* esboço de uma gramática enunciativa do português. Rio de Janeiro: Numen, 1994.

RIPPEYOUNG, P. L. F.; NOONAN, M. C. Is breastfeeding truly free? The economic consequences of breastfeeding for women. In: *2009 Annual Meeting of Population Association of America*. Detroit: Princeton, 2009. Disponível em: <http://paa2009.princeton.edu/papers/91391>. Acesso em: 13 ago. 2012.

ROMANI, J. P. Mulher: Natureza e Sociedade. In: LUZ, M. T. (Org.). *O lugar da mulher:* estudos sobre a condição feminina na sociedade atual. Rio de Janeiro: Graal, 1982. p. 59-71.

SOUZA, C. B.; ESPÍRITO SANTO, L. C.; GIUGLIANI, E. R. J. Politique publique de soutien à l'allaitementmaternel: l'expérience du Brésil. *La Santé de l'homme*. São Maurício, n. 408, p. 34-36, 2010.

TAYLOR, E. N.; WALLACE, L. E. For shame: feminism, breastfeeding advocacy, and maternal guilt. *Hypatia,* Edwardsville, v. 27, n. 1, p. 76-98, 2012.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S.; VARGAS, E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 997-1006, 2009.

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

# O sertão na saúde e na formação de trabalhadores setoriais: contextos, atores e ideologias (1920-1970)

*The backcountry in the health and the training of sector workers: contexts, actors, and ideologies (1920-1970)*

Carlos Henrique Assunção Paiva[1]

**RESUMO** Artigo analisa a agenda das políticas e discursos sobre saneamento rural no Brasil (1920-1970). Temática tradicional dos sanitaristas será discutida com base nas experiências desenvolvidas, especialmente nas interações com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS), organismo internacional que, com lideranças nacionais, retomará, sob renovados termos, o sertão na agenda sanitária e na formação de trabalhadores. Analisa-se a literatura e fontes documentais. Conclui que houve mudanças no teor dos discursos e práticas da chamada interiorização dos serviços de saúde no contexto do pós-guerra, sobretudo naquilo que tange à centralidade das discussões acerca do planejamento e formação de trabalhadores.

**PALAVRAS-CHAVE** Saneamento rural. Saúde pública. Recursos humanos.

**ABSTRACT** *The article analyzes the agenda of policies and speeches on rural sanitation in Brazil (1920-1970). This traditional theme of health workers will be discussed based on experiences developed, especially in interactions with Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). It analyzes the literature and documentary sources. It concludes that there have been changes in the content of the discourse and practice of the so-called internalization of health services in post-war context, especially in what pertains to the centrality of the discussions regarding the planning and training of workers.*

**KEYWORDS** *Rural sanitation. Public health. Human resources.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Casa de Oswaldo Cruz (COC), Observatório História e Saúde e Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Universidade Estácio de Sá (Unesa), Mestrado Profissional em Saúde da Família – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
*chapaiva@gmail.com*

 DOI: 10.1590/0103-1104201611017

# Introdução

Este artigo analisa historicamente algumas das principais transformações na agenda das políticas e dos discursos sobre saneamento rural no Brasil. Temática tradicional dos sanitaristas brasileiros, pelo menos desde o início do século XX, será discutida com base nas experiências desenvolvidas nesse campo em meados do século XX, especialmente naquilo que envolve a interação do governo brasileiro com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS), organismo internacional que, a partir deste período, encabeçará com lideranças nacionais um amplo movimento que retoma, ainda que sob renovados termos, o saneamento do sertão como tema de destaque na agenda sanitária nacional.

O tema da 'interiorização dos serviços de saúde', tal como denominado àquela época, se desenvolve, com destaque, em fóruns internacionais e agências multilaterais especializadas, como a OMS e a Opas. Nesse contexto, um dos fóruns mais importantes foi a reunião de Punta del Este (1961), bem como os subsequentes encontros de ministros da saúde das Américas, que ocorreram em Washington (1963), Buenos Aires (1968) e Santiago (1972), sob os auspícios da Organização dos Estados Americanos (OEA). A agenda desses encontros será mais detalhadamente discutida adiante, entretanto pode-se antecipar que os chamados recursos humanos foram desde então um dos seus alicerces.

No Brasil, no mesmo contexto, essa agenda de trabalho se desdobrou em uma série de programas e iniciativas governamentais, inclusive de cooperação com organismos internacionais, a exemplo do Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil (1971), do Programa de Interiorização dos Serviços de Saúde e Saneamento, o Piass (1976); e – em parceria com a Opas – do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), do mesmo ano, iniciativa considerada desdobramento direto do Piass, uma vez que este impunha severa necessidade de formação de quadros de saúde para fins de ampliação da assistência (CASTRO, 2008).

Em que pese a força da agenda de discussões levantada pelos organismos internacionais especializados em saúde, sobretudo pela Opas a partir dos anos 1950 (CUETO, 2007), os temas do aumento da cobertura dos serviços médicos e da formação de recursos humanos para este fim não eram exatamente uma discussão nova no cenário brasileiro. Uma arqueologia acerca de sua trajetória nos remeteria ao contexto das discussões e iniciativas vinculadas àquela que ficou conhecida como a reforma sanitária dos anos 1920 (SANTOS, 1985; HOCHMAN, 1998). Significa dizer, portanto, que a discussão em torno da interiorização dos serviços de saúde não teve sua gênese no cenário do pós-guerra. Ao contrário, a agenda do saneamento rural foi bandeira fundamental do movimento sanitário da década de 1910/1920, que congregou figuras como Belisário Penna e Carlos Chagas em torno da Liga Pró-saneamento (1918) ou iniciativas reformistas que legaram o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) (1920), espécie de esboço de um ministério da saúde antes de sua fundação nos anos 1930 (CASTRO-SANTOS; FARIA, 2002).

'Interiorização dos serviços de saúde', no discurso dos médicos, advogados, engenheiros e intelectuais do início do século XX, sob tom marcadamente missionário, sustentava-se em um vocabulário que orbitava em torno de expressões como 'construção nacional', 'formação da nacionalidade', 'formação do povo brasileiro', em um movimento que dialogava e se opunha diretamente às teses do determinismo biológico e racial médicos, proveniente de figuras como Nina Rodrigues (CORREA, 1998).

Segundo as teses racialistas, o quadro sanitário brasileiro explicava-se em razão de elementos de ordem racial, especialmente os de origem africanos que biologicamente

determinariam não apenas a manifestação da doença, como praticamente condenariam boa parte do povo brasileiro, notadamente aqueles que habitavam as zonas rurais, à barbárie, à doença e à morte precoce.

Amparados nos conhecimentos produzidos pela nascente microbiologia e bacteriologia, médicos como Noel Nutels (1913-1973) e Samuel Pessoa (1898-1976), em suas atividades no final dos anos 1940 e anos 1950, apontavam em sentido contrário ao que fora sinalizado pelos racialistas (PAIVA, 2006). Para eles, o que explicaria o quadro sanitário nacional nada tinha a ver com o 'estoque racial' de sua gente, mas com a ausência de políticas públicas capazes de produzir melhorias, inclusive no campo da educação sanitária. Em poucas palavras, eles sinalizavam para um *deficit* de Estado no País, sobretudo no que se refere à esfera federal por todo o seu território.

Uma vez que os sanitaristas do pós-guerra consideravam as controvérsias colocadas pelos racialistas superadas, a questão da interiorização dos serviços de saúde se colocava menos sob uma perspectiva de construção da nacionalidade, segundo termos imaginados nos anos 1920, e mais sob uma perspectiva calcada na ideia de 'desenvolvimento nacional', em que um novo vocabulário emergiria. Nele, palavras como 'planejamento', 'técnica e tecnologia' e 'recursos humanos' fariam parte do léxico corrente, em um movimento em que não apenas registraram-se alterações de palavras e manutenção de sentido, mas mudanças importantes nos termos do discurso, bem como nas perspectivas em torno dos resultados a serem alcançados pelas intervenções de saúde pública.

Sendo assim, à luz da perspectiva dos médicos que advogavam pelo saneamento rural nos anos 1920, este trabalho procura dialogar com as transformações dos discursos dos sanitaristas dos anos 1950-70, no que tange ao debate do saneamento do sertão/interiorização dos serviços de saúde no País, sobretudo com a emergência de um vocabulário e tecnologias de intervenção na realidade calcadas em uma lógica mais técnica, mais racionalizada e burocrática no campo da saúde, a que uma elite de sanitaristas do pós-guerra foi tanto testemunha como criadora. Para isso, serão caracterizados os principais pontos do debate sobre o saneamento do interior, tal como sinalizados pelos personagens que militaram no movimento sanitarista dos anos 1920. Na sequência, será caracterizada a emergência de uma perspectiva 'técnica', calcada na administração e planejamento como formas de produzir uma ampliação da oferta dos serviços de saúde, sobretudo em regiões rurais. Esse processo, como dito, se desenvolverá mais claramente a partir do pós-guerra e terá em organismos internacionais especializados em saúde, especialmente na Opas, um dos seus principais protagonistas. Nesse mesmo contexto, emergirá com força a ideia de formação e planejamento de recursos humanos, tema que também será contemplado.

## O saneamento rural como bandeira: a gênese

Não são poucos os trabalhos que tomaram a trajetória de figuras ilustres, instituições e movimentos intelectuais na área da saúde daqueles primeiros anos do século XX. A fartura de pesquisa nesse campo permite, com alguma segurança, retomar alguns aspectos relativos às trajetórias, movimentos e instituições ligadas ao saneamento do sertão ou, dito de outra forma, sobre o surgimento do saneamento do sertão como problema público e de saúde (CASTRO-SANTOS, 1985; LIMA; HOCHMAN, 1996; HOCHMAN, 1998).

A construção das bases desse interesse pelos sertões será fundamental para que se compreendam as mudanças que se operaram nessas políticas e discursos no correr dos anos 1950 até o final dos anos 1970, quando o sertão não será mais encarado, ao fim e ao cabo, como o antigo espaço da barbárie, a

ser civilizado por uma elite culta e moderna, mas como uma dimensão técnica de um problema de expansão da cobertura e para a formação de recursos humanos da maioria dos países da América Latina.

O fato é que, a partir dos anos 1910, pouco a pouco a preocupação com a higienização dos centros urbanos, notadamente a capital federal, começa a ser compartilhada com o progressivo interesse na ocupação dos sertões, então considerados espaços da barbárie e da doença. Desde o discurso literário, passando pelas associações educacionais, até as frentes científicas *strictu sensu*, o que se viu foi uma crescente e estreita relação de causalidade entre saúde e civilização, ideia-matriz que dominaria os círculos intelectuais dos anos 1920 (SANTOS, 1985).

A partir do início do século passado, várias foram as expedições organizadas, no Rio de Janeiro, pelo Instituto Oswaldo Cruz. Carlos Chagas e Belisário Penna por Minas Gerais, por exemplo, estão entre os primeiros que tomaram como objetivo o interior do País. No entanto, foram as expedições científicas organizadas, a partir de 1912, contando com o olhar atento e cuidadoso de pesquisadores como Arthur Neiva e Belisário Penna, rumo ao Norte e Nordeste, que a temática do saneamento rural passaria a ganhar maior evidência. O objetivo era conhecer as doenças, realizar diagnóstico e levar atendimento à população do interior de um país que se revelava, a olhos vistos, abandonado e doente (SANTOS, 1985).

O debate ganharia as manchetes dos jornais e a atenção dos intelectuais. Colocava-se, de forma contundente, o que se poderia chamar de uma 'interiorização dos serviços de saúde', que fosse capaz de responder aos problemas colocados pelas chamadas endemias rurais, sobretudo a malária[1], a ancilostomose[2] e a tripanossomíase americana[3], consideradas as grandes vilãs da saúde pública brasileira, contra as quais o País deveria estabelecer algum tipo de controle ou saneamento, a fim de que suas consequências se fizessem menos dramáticas.

Assim, a despeito do fato de a primeira constituição republicana, de 1891, já fazer menção à necessidade de interiorização, com a construção de uma nova capital federal (o que se daria apenas em 1960 com Juscelino Kubitschek, o contexto que motivará essa interiorização se firmará a partir dos anos 1910, sob os lemas da higiene e da saúde pública. Estas bandeiras, em um primeiro momento, como se sabe, exclusivamente voltadas para o ambiente urbano, especialmente com as chamadas reformas urbanas da capital federal organizadas pelo então prefeito Francisco Pereira Passos (1836-1913) (BENCHIMOL, 1992). A partir de um segundo momento, contudo, os intelectuais (o que inclui os sanitaristas) pouco a pouco se deram conta de que o problema do País não se situava na qualidade de seu 'estoque racial', como se costumava interpretar até então. O dilema parecia residir, na visão de certos sanitaristas, nas condições de vida e saúde de uma população considerada abandonada pelo poder público, notadamente situada fora das regiões litorâneas e mais desenvolvidas econômica e socialmente.

Lima (2013) demonstrou como as visões sobre o sertão e sobre os sertanejos têm-se dividido, desde fins do século XIX, entre uma perspectiva que considerava o interior como espaço de barbárie, e outra, mais moderna, que o idealizava como o *locus* da autêntica identidade nacional. Personagens como Euclides da Cunha, Roquette-Pinto, Belisário Penna e Monteiro Lobato podem ser encarados como representantes de uma corrente que visava à incorporação do sertão, corrente cujas propostas deram corpo e alma aos projetos de saneamento e educação dos habitantes do interior do País.

A preocupação com os problemas do Brasil, entre os quais os das populações sertanejas, não era novidade, como mostra Lima (2013), no âmbito do pensamento social brasileiro, desde a segunda metade do século XIX.

[1] A malária é uma doença infecciosa, potencialmente grave, causada por parasitas (protozoários do gênero *Plasmodium*), que são transmitidos de uma pessoa para outra pela picada de mosquitos (*Anopheles*).

[2] Também conhecida como amarelão, opilação, anemia verminótica ou tropical, a ancilostomose ou ancilostomíase é uma doença parasitária provocada pelo ancilóstomo *(Ancylostoma duodenale)*, helminto que vive preso à mucosa do intestino delgado do homem.

[3] Popularmente conhecida como Doença de Chagas, é uma infecção generalizada essencialmente crônica, cujo agente etiológico é o protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi*, habitualmente transmitido ao homem pelas fezes do inseto hematófago conhecido popularmente como 'bicho-barbeiro', 'procotó', 'chupança', 'percevejo-do-mato', 'gaudércio' etc. A transmissão pode ser feita também pela transfusão sanguínea, placenta e pelo aleitamento materno. A disseminação da doença está profundamente relacionada com as condições de vida da população, principalmente de habitação, e com as oportunidades econômicas e sociais que lhe são oferecidas.

Um dos sentidos que essa consciência social parece ter percorrido foi, na perspectiva de Cassiano Ricardo (1959), o 'sentido da terra e dos seus homens'. Uma espécie de 'antropofagia cultural', fundada não propriamente na estética, porém mais exatamente na ciência e na política.

É nesse contexto bastante amplo em que os médicos, de maneira geral, entram como personagens importantes para os destinos da nacionalidade e da nação brasileira (SANTOS, 1985; LIMA; HOCHMAN, 1996). Quando, a partir da Primeira República, a doença entrou gradualmente em cena como elemento analítico e explicativo da realidade social do País, o debate se deslocou para as condições sanitárias de todo o território nacional, não mais unicamente restrito ao ambiente urbano. O brasileiro passa a ser visto como improdutivo não porque estava prescrito nas suas características raciais, mas porque "estava doente e abandonado pelas elites políticas. Redimir o Brasil seria saneá-lo, higienizá-lo, uma tarefa obrigatória dos governos" (LIMA; HOCHMAN, 1996, P. 23).

Assim, como se vê, a motivação para o saneamento tinha um conteúdo marcadamente ideológico, o que tem relação direta com o caráter missionário daqueles que se envolveram com a tarefa de combater as endemias rurais. Se comparado ao período pós-1930, durante os anos 1910/1920 as políticas de combate tinham ainda uma dimensão relativamente descentralizada, em que pese a atuação do Serviço Profilaxia Rural (1918) e do DNSP (1920), este último com atuação relevante nesse contexto.

De todo modo, essas estruturas político-administrativas revelaram-se aquém das energias depositadas nos discursos pró-saneamento do sertão. Isso quer dizer que suas capacidades de intervenção no território, nas expectativas de formulação de políticas e desenvolvimento de atividades concretas, foram incapazes de responder às demandas colocadas. Seus limites situaram-se tanto nas condições estabelecidas pelo pacto federativo àquela época, em que as províncias detinham importante autonomia ante a autoridade federal, como também pelo alcance igualmente limitado de estruturas como os postos e centros de saúde rural.

Seja como for, ao que tudo indica, aqueles sanitaristas dos anos 1920 lançaram as bases de um movimento duradouro, ainda que não hegemônico, na saúde pública brasileira: aquele que colocaria a periferia (sertão) como item importante nas agendas e iniciativas do campo da saúde pública.

## O saneamento rural na esteira da burocracia de Estado

A partir dos anos 1930, o que se vê, por parte do Estado brasileiro, é um fortalecimento da agenda de centralização e burocratização da máquina político-administrativa. Nesse quadro, o tema da organização dos serviços públicos, bandeira central de agências como o Departamento Administrativo do Serviço Público (Dasp), será questão fundamental. O campo da saúde não permaneceu imune a essas ideias ou utopias, ao contrário, o que se vê, de imediato, é a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), em 1931, órgão que, especialmente com Gustavo Capanema, a partir de 1934, ganharia importante impulso na rotina de centralização política e desenvolvimento de uma burocracia pública setorial. Daí até a organização do Departamento Nacional de Saúde (DNS), sob a chefia da João de Barros Barreto, em pleno Estado Novo (1937-1945), há um salto efetivo na ideia de organização racional do serviço público brasileiro (FONSECA, 2007).

O final do Estado Novo, contudo, não pôs fim às ideias de modernização do serviço público brasileiro. Apesar de as condições políticas e ideológicas não favorecerem uma intervenção estatal mais centralizadora nos assuntos públicos, como ocorreu durante o

Estado Novo, a partir dos anos 1950, o tema da organização do pessoal do Estado passava definitivamente à agenda da saúde. É nesse contexto que se deve localizar, pelo menos em parte, as crescentes discussões e iniciativas em torno da formação de médicos e outros profissionais de saúde, que se desenvolveram especialmente nas décadas de 1960 e 1970.

Nesse mesmo cenário, em âmbito internacional, organizações como a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), desde o final dos anos 1940, passaram a ter papel decisivo na disseminação das ideias de planejamento macroeconômico em escala continental, mas seria a Carta de Punta del Este (1961), medida aprovada na Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social que, grosso modo, estimularia reformas sociais e estruturais nos países latino-americanos a partir dos temas da saúde e da educação (PAIVA; PIRES-ALVES; HOCHMAN, 2008).

A Carta possui dois documentos anexos: A Resolução A.1, intitulada 'Plan Decenal de Educación de la Alianza para el Progreso'; e a Resolução A.2, o 'Plan Decenal de Salud Publica de la Alianza para el Progreso'. Este último se associa a um movimento que se poderia identificar como de vanguarda no campo da saúde pública no Brasil e América Latina, especialmente, na chave do aumento da cobertura assistencial, no que se refere à discussão acerca da necessidade de interiorização dos serviços de saúde e da formação de pessoal para este fim. Os meios então identificados deveriam envolver desde o planejamento e organização dos serviços e sistemas de saúde até reformas dos currículos médicos. Longe de serem consensuais, estas conformariam, desde então, pautas importantes de congraçamento e tensão dos campos médicos nacionais no continente.

No Brasil, esse amplo movimento terá tonalidades próprias, de um lado, com o chamado movimento do sanitarismo-desenvolvimentista[4], com o qual encontravam-se identificados identificados figuras como o sanitarista Mário Magalhães e o parasitologista Samuel Pessoa; de outro, com o denominado modelo sespiano[5], cujas propostas cristalizavam-se nas ações do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp, 1942-1960) (CAMPOS, 2006). De alguma forma interagindo com esse rico e diversificado ambiente nacional, situam-se os movimentos e propostas já comentados, capitaneados pela Opas, que, juntamente com os demais atores, teria crescente papel na valorização de temáticas associadas à formação de recursos humanos, especialmente em uma perspectiva que considerava fundamental o aumento de cobertura e interiorização dos serviços e políticas governamentais. Em que pese, portanto, a diversidade social e ideológica dos atores, a Carta de Punta del Este, nesse sentido, pode ser percebida como uma espécie de marco simbólico e político-institucional de uma orientação relativamente conjunta no entendimento do papel das políticas públicas de saúde e dos profissionais na construção de melhores patamares de desenvolvimento social e econômico no continente.

Nesse contexto, a reunião do Conselho Interamericano Econômico e Social da OEA, de 17 de agosto de 1961, que aprovou a Carta, teve como objetivo principal a construção da meta decenal de combate às enfermidades mais graves do continente, em particular a malária, devido ao seu impacto nos números de invalidez e morte. Várias foram as suas recomendações, desde o estímulo a preparação de planos nacionais de saúde, passando pela criação de unidades de planificação e avaliação nos Ministérios de Saúde, até a formação de pessoal profissional e auxiliar. Agenda que constituir-se-ia como o centro do debate da saúde naquele período e, em alguma medida, também do movimento pela reforma sanitária brasileira que se desenvolveria mais fortemente no final da década de 1970, particularmente na ação de instituições de ensino e pesquisa em saúde pública e organismos como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação

[4] "Este movimento criou suas próprias ideias acerca do futuro do País, bem como um conjunto de soluções para as mazelas reinantes no campo da saúde. Muitas de suas propostas foram expressas na Sociedade Brasileira de Higiene, em 1962; e nas Conferências Nacionais de Saúde, que se iniciam a partir de 1941; talvez, de maneira mais enfática na Terceira Conferência de Saúde, realizada em 1963" (CAMPOS, 2006).

[5] "O Sesp foi criado no quadro da Segunda Guerra Mundial para dar, inicialmente, suporte à exploração dos recursos naturais do Norte e Nordeste, mas por conta de sua autonomia político-administrativa, imprimiu propostas próprias e originais na organização da saúde pública brasileira" (CAMPOS, 2006).

Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

Como medidas de curto prazo, a Carta colocava em questão, a título de exemplo, a necessidade de formulação de projetos para erradicar do continente o impaludismo, a varíola e intensificar o combate às outras enfermidades contagiosas, como a tuberculose, bem como sinalizava para a importância do aumento da cobertura dos serviços médicos.

A Reunião dos Ministros de Saúde das Américas, em Washington, em abril de 1963, foi o primeiro encontro dos Ministros da Saúde das Américas realizado com o fim de sugerir medidas práticas para cumprimento das metas da Carta de Punta del Este, especialmente no que se refere ao Plano Decenal de Saúde (OSP, 1963).

A tônica da discussão passava pela integração das ações de saúde, então consideradas desconexas e pontuais. Dessa forma,

> hay conciencia hoy de que los programas de salud forman parte – y no están segregados – de la planificación general del desarrollo. Es este el método que se recomienda em la Carta de Punta del Este. (OSP, 1963, P. 3).

Sendo assim, mais do que oferecer acesso e interiorizar serviços, o debate daquele período procura trazer contribuições no sentido de uma melhor articulação entre serviços e políticas de saúde, inclusive com outras áreas, especialmente com o setor da educação. Em termos organizacionais, se fortalece uma agenda que valoriza a administração em saúde segundo uma perspectiva em rede.

Como um dos pilares dessa ampla agenda, colocava-se o planejamento de recursos humanos para a saúde: o aumento da formação de profissionais, a mudança do perfil profissional, tendo em vista as necessidades epidemiológicas e a formação de pesquisadores treinados para a produção e operacionalização de dados epidemiológicos. Daí não apenas se dá a emergência da formação de recursos humanos em saúde como pauta permanente de discussão e desenvolvimento, como também se levanta a questão da organização político-administrativa dos serviços como peça fundamental[6]. Sugere-se, igualmente, a organização do combate às endemias e epidemias, de acordo com estratégias específicas, seja malária, varíola, parasitas e outras; como também se dá especial atenção aos problemas de saúde que produzem grande repercussão econômica. Contudo a pauta central, sem dúvida, é a indicação para atribuir maior atenção aos problemas das endemias rurais, como visto, antiga e tradicional pauta das elites médicas brasileiras. Se os demais temas eram os meios, esse era, por assim dizer, o próprio fim de toda a mudança.

É claro que, em termos nacionais e também internacionais, a discussão sobre o interior do País, como apontou André Campos, insere-se também nas questões políticas dos anos 1940. O contexto da guerra e, sobretudo, de expansão do nazismo, fazia temer que os alemães, sob o comando de Hitler, tomassem regiões estratégicas do Brasil, como o Nordeste e o Norte. Os norte-americanos logo empreenderiam uma política externa de aproximação com o governo brasileiro que, em 1942, produziria o Sesp, então negociado como uma anunciada estratégia de contraexpansão alemã e de domínio japonês de regiões-chave para a produção de borracha (CAMPOS, 2006).

Ao fim da guerra, seja em âmbito nacional ou internacional, o interesse pelo sertão se mantem de pé. Nessa linha, por intermédio da Opas, como visto, diversas lideranças do campo sanitário levantavam sua própria agenda. Subnutrição, planificação da saúde, assistência médica, recursos humanos, enfermidades transmissíveis, saúde animal, enfermidades crônicas e dental, tornavam-se temas que atravessam a discussão a respeito do futuro das regiões de *hinterland* (OPAS; OMS, 1973; ACUÑA, 1977). Nos anos 1960, fala-se

[6] Neste contexto, a pauta da reforma e da burocratização dos serviços de estado se fortalece com a percepção da maior necessidade de formação de técnicos e agentes macroplanificadores. No entanto, é interessante observar que a ideia de uma reforma administrativa, no campo da saúde no Brasil, já era questão levantada por organismos como o DNSP, em 1920, e seria levada adiante a partir de toda gestão Vargas, a partir dos anos 1930.

em doenças específicas: malária, parasitose, varíola, diarreias, subnutrição, tuberculose, enterite, entre outras, discutidas exaustivamente nos encontros de Ministros de Saúde, que aconteceram nos anos de 1963, 1968 e 1972. São metas construídas dentro dos planos decenais dos anos 1960 e 1970 que são entendidas como estratégias a serem adotadas para o efetivo saneamento dos sertões.

À exceção da tuberculose, doença marcada pelo universo urbano, todas as demais se referiam diretamente ao campo. No que diz respeito à política de combate à malária, recomendada pelo Plano Decenal de 1961, por exemplo, o que se vê é a adoção de dois procedimentos básicos: um é a utilização do DDT e novos inseticidas em áreas mais infestadas pelo vetor da doença. Outro aspecto, mais estrutural às políticas, é uma orientação que Nunes (1997) convencionou chamar de 'insulamento burocrático'. De acordo com o documento:

> [...] es necessário que la administração de la campana este protegida contra la interferência de interesses extraños. [...] Lãs campanas que han tenido mayor éxito son, hasta ahora, aquellas en que el director tiene autoridad para seleccionar y manejar al personal, de acuerdo com um reglamento especialmente preparado, en el cual están claramente establecidas las condiciones mínimas requeridas para cada función. (OSP, 1963, P. 13).

As orientações construídas no cenário internacional são claras: fortalecimento dos aparatos administrativos e burocráticos de maneira que seja possível que os governos deem suporte à formulação e implantação de políticas e serviços estatais de combate à doença nas regiões rurais dos países latino-americanos. Assim, de acordo com o documento, era esperado: "que los gobiernos den prioridad a la expansion de sus servicios de salud a las áreas rurales" (OSP, 1963, P. 13).

Naquele mesmo contexto, O programa de governo do presidente Juscelino Kubistchek (1956-1961), nesse sentido, revela-se bastante sintonizado tanto com a trajetória da saúde pública brasileira quanto com as orientações internacionais de seu contexto específico. O foco da atenção do presidente, também médico, foi as 'doenças do interior', notadamente as doenças infectocontagiosas e parasitárias (HOCHMAN, 2009).

## Considerações finais

Procurou-se demonstrar, em primeiro lugar, que a agenda do saneamento rural, levantada como bandeira por organismos internacionais como a Opas e por diferentes atores e movimentos sanitaristas nacionais, durante o pós-guerra e o período militar, não era pauta absolutamente nova no quadro do pensamento e das políticas de saúde no País.

Por outro lado, parece claro que o saneamento do sertão não era mais encarado, nesse mesmo contexto, como uma questão marcadamente missionária. Ao contrário, o tom técnico e burocrático, na terminologia dos planejadores, passa exigir soluções em escala, organizadas e racionais, inclusive no que tange à formação de profissionais voltados para antigos problemas, como eram as doenças do sertão.

Não se deseja, no entanto, encarar essa transformação nos discursos e políticas como um processo eminentemente negativo ou contraprodutivo. Um balanço ainda superficial sobre o assunto, à luz da discussão aqui estabelecida, não pode revelar que houve perdas no que diz respeito à força ideológica dos discursos sobre o saneamento do sertão. Afinal, não se pode concluir que a discussão sobre saúde pública do pós-guerra seja menos 'ideológica' do que aquela que teve efeito durante os anos 1910-20. A centralidade da discussão do planejamento e organização dos serviços e do pessoal de saúde assentava-se em parâmetros 'técnicos' que pressuponham que a tomada de decisão poderia ser 'neutra' ou desprovida de

orientações 'políticas'. Nada mais ideológico!

De todo modo, a partir dos anos 1940, pode-se perceber um gradual desenvolvimento de debates e iniciativas importantes, no campo da organização e planejamento, que serão matrizes para a definição dos termos do atual sistema de saúde no Brasil. A ideia de uma rede descentralizada e hierarquizada de serviços, por exemplo, segundo diferentes níveis de densidade tecnológica e de especialização no trabalho, encontra naquele período sua origem.

Há que se considerar também a importância atribuída à produção e disseminação de informação qualificada sobre as diferentes situações sanitárias regionais e nacionais. Por exemplo, ao se considerar o baixo nível de informações concernentes à área de recursos humanos, fundamentais para a execução e avaliação de políticas e programas de saúde, inicia-se, então, uma trajetória cujo resultado é, sem dúvida, uma maior oferta de dados e políticas sobre o assunto. A criação da então Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), nos anos 1960, bem como a iniciativa contemporânea dos observatórios de recursos humanos em saúde, hoje espelhados por todo o País, fazem parte dessa mesma trajetória.

Pode-se concluir, por esta via, que a trajetória da saúde pública no Brasil compõe-se por uma rica trama de continuidades e rupturas históricas. A agenda de trabalho e o vigor missionário dos sanitaristas dos anos 1920 – a despeito do discurso 'técnico' que lhes sucede – não serão de todo desmantelados. Em camadas, cada geração, em sintonia com as mudanças sociais e políticas de seu tempo, introduziram orientações e modificações de sentido nos discursos dos primeiros. Hoje, os sanitaristas não mobilizam mais a 'formação da nacionalidade' como uma ideia-força de suas investidas rumo ao interior, pois a nação está dada. No entanto, o 'desenvolvimento' e a 'justiça social' passam a assumir um papel proeminente nos discursos e nas políticas.

A relação saúde-democracia, em uma chave da justiça social, tão cara ao contexto da reforma sanitária do final da ditadura militar (1964-1985), foi capaz de legar a configuração de um renovado sistema de saúde no País (ESCOREL, 1998). Resta saber se esta mesma chave será capaz de renovar-se em sentido nas novas gerações de sanitaristas e trabalhadores da saúde nestes dias.

Não se pode afirmar, igualmente, se a chave contemporânea saúde-desenvolvimento é ou será capaz de produzir a mesma liga e vigor no debate público como o teve a chave saúde-nação no início do século passado. E que fique claro que não se está diante apenas de mera questão retórica, afinal somente o discurso potente é capaz de produzir o sentido e volições que fazem as ideias transformarem-se, coletivamente, em práticas efetivas no exercício do trabalho de formuladores e executores de políticas públicas. ■

## Referências


ACUÑA, H. R. Enfoques innovadores en la prestacion de servicios de salud en las Américas. *Bol Oficina Sanit Panam.,* Washington, v. 83, n. 4, p. 281-293, out. 1977.

BENCHIMOL, J. L. *Pereira Passos:* um Haussmann tropical. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Turismo e Esportes, 1992. (Biblioteca carioca, 11).

CAMPOS, A. L. V. *Políticas internacionais de saúde na era Vargas:* o serviço especial de saúde pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CASTRO, J. *Protagonismo silencioso:* a presença da Opas na formação de recursos humanos em saúde no Brasil. Natal: Observatório RH-NESC/UFRN; Ministério da Saúde; OPAS; OMS, 2008.

CASTRO-SANTOS, L. A. O pensamento sanitarista na República Velha: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados,* Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

CASTRO-SANTOS, L. A.; FARIA, L. Os primeiros centros de saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. *Teoria e Pesquisa,* São Carlos, n. 40/41, p. 137-181, jan./jul. 2002.

CORREA, M. *As ilusões da liberdade:* a escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil. Bragança Paulista: Edusf, 1998.

CUETO, M. *O valor da saúde:* história da Organização Pan-Americana de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde:* origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FONSECA, C. *Saúde no governo Vargas (1930-1945):* dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

HOCHMAN, G. *A era do saneamento:* as bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Hucitec; Anpocs, 1998.

_____. O Brasil não é só doença: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *Hist. cienc. saude--Manguinhos,* Rio de Janeiro, v. 16, sup. 1, p. 313-331, jul. 2009.

LIMA, N. T. *Um sertão chamado Brasil.* São Paulo: Hucitec, 2013.

LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absorvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República. In: MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (Org.). *Raça, ciência e sociedade.* Rio de Janeiro: Fiocruz; CCBB, 1996.

NUNES, E. *A gramática política do Brasil:* clientelismo e insulamento burocrático. Rio de Janeiro; Brasília, DF: Zahar; Escola Nacional de Administração Pública, 1997.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (OSP). Reunión de ministros de Salud – grupo de estudio, informe final. *Bol Oficina Sanit Panam.*, Washington, v. 55, n. 1, p. 1-49, jul. 1963.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Planificando um nuevo decênio. *Bol Oficina Sanit Panam.,* Washington, v. 75, n. 4, p. 361-377, out. 1973.

PAIVA, C. H. A. Samuel Pessoa: uma trajetória científica no contexto do sanitarismo campanhista e desenvolvimentista no Brasil. *Hist. cienc. saude-Manguinhos,* Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 795-831, out./dez. 2006.

PAIVA, C. H. A, PIRES-ALVES, F. A., HOCHMAN, G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). *Ciênc. saúde coletiva,* Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 929-939, jun. 2008.

RICARDO, C. *Marcha para Oeste:* a influência da Bandeira na formação social e política do Brasil. 3. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1959.


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

# Controle ético de pesquisas cujos resultados tenham alto risco para a saúde da população

## *Ethical control of researches whose results offer high risk to the health of the population*

Sandra Ceciliano de Souza Veloso[1], Thiago Rocha da Cunha[2], Volnei Garrafa[3]

**RESUMO** Este artigo problematiza o conflito ético surgido entre a necessidade de garantir o avanço da ciência e controlar suas possíveis consequências para a humanidade. Em pesquisa realizada na literatura científica latino-americana e nas bases jurídicas e normativas brasileiras sobre a regulamentação ética de pesquisas que não envolvem seres humanos como sujeitos da intervenção, constataram-se tanto a ausência de normatização para a regulação ética de tais pesquisas quanto a incipiência da produção científica acerca do tema. Devido à gravidade do impacto que determinadas pesquisas podem causar à saúde da população, conclui-se pela necessidade de estabelecer fortes medidas para seu controle ético.

**PALAVRAS-CHAVE** Ética em pesquisa. Temas bioéticos. Códigos de ética.

**ABSTRACT** *This article discusses the emergence of ethical conflicts between the need to ensure the advances in science and the need to control their possible consequences for humanity. A research was carried out to analyze the scientific Latin-American literature and the Brazilian legal and regulatory bases on the ethical regulation of researches that do not involve humans as subjects of the intervention, and found the absence of norms for the regulation of such researches and the lack of scientific literature on the subject. Considering the severity of the impact that certain researches may cause to the health of the population, the conclusion is that there is the need to establish strong measures for their ethical control.*

**KEYWORDS** *Ethics in research. Bioethical issues. Codes of ethics.*

[1] Universidade de Brasília (UnB), Cátedra Unesco de Bioética e Programa de Pós-Graduação em Bioética – Brasília (DF), Brasil.
*sandra.ceciliano@hotmail.com*

[2] Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Programa de Pós-Graduação em Bioética – Curitiba (PR), Brasil. Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
*caixadothiago@gmail.com*

[3] Universidade de Brasília (UnB), Cátedra Unesco de Bioética e Programa de Pós-Graduação em Bioética – Brasília (DF), Brasil.
*garrafavolnei@gmail.com*

 DOI: 10.1590/0103-1104201611018

# Introdução

No Brasil, já está consolidado o sistema nacional de controle ético para pesquisas que envolvam seres humanos. No entanto, há pesquisas não relacionadas de modo direto com o humano como sujeito da intervenção científica, mas cujos resultados podem ter impacto de alto risco à saúde da população. Neste sentido, é necessário que se questione se pesquisas cujos resultados impliquem em risco para a saúde da população devem ser previamente avaliadas. Ou, ainda, se os pesquisadores, as instituições e demais atores envolvidos nestes estudos devem ser responsabilizados eticamente por consequências indevidas ou indesejadas.

Segundo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), aprovada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) em 2005, a liberdade da pesquisa científica deve acompanhar o respeito à dignidade humana, aos direitos humanos e às liberdades fundamentais, além de "salvaguardar e promover os interesses das gerações presentes e futuras" (UNESCO, 2005).

Seguindo essa premissa, o presente artigo problematiza o conflito ético surgido entre a necessidade de garantir o avanço da ciência e, ao mesmo tempo, controlar suas possíveis consequências para a humanidade. Como subsídios para análise, são apresentados e discutidos os resultados de uma pesquisa feita na literatura científica latino-americana e em bases jurídicas e normativas brasileiras sobre a regulamentação ética de pesquisas que não envolvem seres humanos como sujeitos da intervenção.

# Antecedentes

Na modernidade, a pesquisa científica deixou de ser a busca do conhecimento apenas pelo saber e passou a ser pensada, sobretudo, quanto à sua aplicação prática e instrumental (HORKHEIMER, 2003). Este paradigma trouxe grandes avanços nas áreas da biologia e das ciências da vida. Contudo, para além dos fatores intrínsecos da ciência, existem diversos fatores sanitários, sociais, políticos e econômicos que influenciam a realização das pesquisas e que vão desde a escolha do objeto do estudo até a aplicação prática dos resultados.

Nesse contexto, um aspecto importante a ser considerado na realização das pesquisas é o impacto que seus resultados podem causar à saúde da população. Garrafa (1998, p. 99) expressa, a respeito, que:

> Os avanços alcançados pelo desenvolvimento científico e tecnológico nos campos da biologia e da saúde, principalmente nos últimos trinta anos, têm colocado a humanidade frente a situações até pouco tempo inimagináveis. [...] Se, por um lado, todas estas conquistas trazem esperanças de melhoria da qualidade de vida, por outro, criam uma série de contradições que necessitam ser analisadas responsavelmente com vistas ao equilíbrio e bem-estar futuro da espécie humana e da própria vida no planeta.

No mesmo sentido, Schramm (1998, p. 217) pondera que os avanços alcançados na área da biotecnociência são, ao mesmo tempo, "[...] motivos de grandes esperanças e angústias, consensos e conflitos, em particular, do tipo moral".

O que decorre dessas considerações é a dificuldade de determinar o limiar ideal do compromisso entre a liberdade científica e as legítimas preocupações com a segurança e os interesses da população, o que configura um grande desafio ético para a comunidade científica. Avaliar se os avanços em ciência e tecnologia poderão trazer riscos eminentes ou futuros para a humanidade envolve questões de variada magnitude, que vão desde os aspectos técnicos da questão aos temas morais com ela relacionados. Como pressuposto, reconhece-se que as pesquisas

científicas – ainda que possam trazer consequências danosas aos seres humanos – não devem ser rejeitadas *a priori*, mas suas aplicações devem ser controladas eticamente (CRUZ; OLIVEIRA; PORTILLO, 2010).

No Brasil, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (CNS, 2014) tem como missão a deliberação, a fiscalização, o acompanhamento e o monitoramento das políticas públicas de saúde estabelecidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1996, o CNS, por meio da Resolução nº 196, aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos e criou a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), cuja principal atribuição é o exame dos aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos. Como missão, a Conep elabora e atualiza as diretrizes e normas para a proteção dos sujeitos de pesquisa e coordena a rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições. Em 2012, a Conep realizou a revisão dessas diretrizes, sendo a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, a em vigor. Neste sentido, todos os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, no Brasil, devem estar sujeitos à apreciação deste modelo unificado de avaliação ética composto pelo chamado Sistema CEP-Conep.

No entanto, existem pesquisas que não envolvem diretamente os seres humanos como objeto da intervenção científica, mas cujos resultados podem ter um impacto de alto risco para a saúde da população, o que aponta para a necessidade de reflexão sobre o controle ético também desses estudos.

Como exemplo dessa problemática, pode ser citada pesquisa realizada na Holanda, publicada em 2012, que provocou/induziu mutações que alteravam a transmissibilidade do vírus da *Influenza* A, subtipo H5N1 (gripe aviária), entre mamíferos (BIOLOGICAL WEAPONS CONVENTION, 2012). As implicações da realização e da divulgação do resultado dessa pesquisa tiveram grande repercussão na comunidade científica, na sociedade civil, nas organizações de saúde e em instrumentos internacionais, como a Convenção sobre a Proibição de Armas Biológicas (UNOG, 2014). Este último suscitou a discussão da necessidade de mecanismos para avaliação de risco em pesquisas – em especial, aquelas que não estão reguladas pelos instrumentos normativos tradicionais já existentes e relacionados com a ética em pesquisa envolvendo seres humanos – e da criação de códigos de conduta para pesquisadores.

Além das preocupações com a possibilidade do uso como arma bélica, a pesquisa envolvendo o H5N1 também gerou dúvidas sobre seu impacto para a saúde da população, no caso da dispersão acidental ou mesmo intencional de um 'novo' subtipo do vírus, ou mesmo de um organismo com novas características, podendo causar graves e imponderáveis consequências, tais como novos surtos, epidemias e até uma pandemia.

Esse tipo de pesquisa se remete não só às questões técnicas de biossegurança, mas também às questões amplas de segurança biológica – estratégicas e de grande importância para o controle sanitário e a defesa de qualquer Estado –, assim como às questões éticas envolvidas.

A partir de uma perspectiva ética, esse exemplo expande os questionamentos iniciais apresentados neste artigo: Pesquisas que não envolvem diretamente os seres humanos, mas cujos resultados envolvam risco para a saúde da população, devem ser previamente avaliadas por comissões externas? Os envolvidos nestas pesquisas devem ser responsabilizados eticamente por consequências indevidas ou indesejadas? Como balancear a garantia de liberdade para produção científica e a proteção da saúde das populações?

Com base nessas reflexões, o presente trabalho traz para o âmbito da Bioética a discussão acerca das responsabilidades dos pesquisadores, das instituições de pesquisa, dos patrocinadores e dos Estados quanto aos riscos e danos às populações relacionados com a aplicação de pesquisas que não envolvem o ser humano como sujeito da experimentação científica.

## Material e métodos

Para consubstanciar a reflexão e a discussão acerca da problemática aqui apresentada, foi realizada uma busca sistemática na literatura brasileira sobre a discussão ética de pesquisas que não envolvem seres humanos. As bases de dados consultadas foram a Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), nas quais empregaram-se individualmente os descritores ética em pesquisa; temas bioéticos; e códigos de ética. Considerando a proximidade entre as realidades social e institucional brasileiras e as latino-americanas, o levantamento da literatura considerou também as produções acadêmicas da região com o objetivo de subsidiar a melhor análise do quadro normativo nacional.

Foram incluídos apenas os artigos completos publicados em periódicos, isto é, excluíram-se livros, resenha, editoriais e outras publicações diferentes de artigo, além de trabalhos completos não encontrados para acesso online.

Também foram realizadas buscas sobre a normatização brasileira às quais ficariam sujeitas pesquisas que não envolvam seres humanos. As plataformas de pesquisas foram: Senado Federal, disponível em: <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/legislacao>; Portal da Legislação, disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao>; e Saúde Legis: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM>, além das fontes abertas: <http://www.cnpq.br/>, <http://portal.fiocruz.br/pt-br> e <https://www.google.com.br/>. Os descritivos utilizados foram: controle ético, ética em pesquisa, pesquisa de alto risco e códigos de conduta.

Os materiais foram selecionados, analisados e discutidos à luz dos referenciais normativos da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.

## Resultados e discussão

Após a aplicação de filtro por áreas temáticas, os títulos e resumos dos 853 artigos inicialmente identificados foram analisados com o objetivo de excluir aqueles que abordavam aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, animais ou observacionais, de modo a restringir a literatura apenas aos trabalhos que, de fato, tratam do controle de pesquisas que não utilizam o ser humano como sujeito da intervenção científica. Esta etapa, em que também foram excluídos os trabalhos repetidos e que não se configuram como artigos completos publicados em periódico, resultou em um total de 18 artigos selecionados, conforme dispostos no *quadro 1*.

Quadro 1. Artigos selecionados

| Título | Abordagens e Considerações |
|---|---|
| 1. Tecnologia, Aids e ética em pesquisa (SCHEFFER, 2000). | Discussão sobre ética em pesquisa com seres humanos, utilizando como exemplo as pesquisas multicêntricas com antirretrovirais para o tratamento da Aids em países em desenvolvimento. |
| 2. Pensamientos de Juan de Dios Vial Correa en torno a: los problemas éticos en ciencia e investigación (CORREA, 2004). | Número especial do periódico em que diferentes textos abordam temas como: ética do Ato Médico, estatuto do embrião humano, genoma humano e clonagem. |
| 3. A responsabilidade do pesquisador ou sobre o que dizemos acerca da ética em pesquisa (PADILHA *ET AL.*, 2005). | Ética em enfermagem. Cita a utilização das pesquisas científicas para fins destrutivos. Mas, a abordagem principal são os estudos envolvendo seres humanos. |

Quadro 1. (cont.)

| | |
|---|---|
| 4. A ética na pesquisa e a epistemologia do pesquisador **(RIOS, 2006)**. | Ampla discussão da ética nas ciências em geral, sem enfocar ou descrever qualquer tipo de pesquisa. |
| 5. A produção científica e a ética em pesquisa **(MIRANDA, 2006)**. | Discute o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nos protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos e a qualificação dos Centros de Ética em Pesquisa. |
| 6. Reflexiones éticas sobre la investigación científica en Biomedicina desde el prisma de la Universidad Médica **(CANO, 2006)**. | Aborda reflexões éticas para todos os tipos de pesquisas. No entanto, o enfoque são as pesquisas envolvendo seres humanos. |
| 7. Conocimientos de la ética de la investigación científica **(HERNÁNDEZ *ET AL.*, 2008).** | Relata estudo realizado na Faculdade de Ciências Médicas de Havana para avaliar o conhecimento dos profissionais sobre ética em pesquisa envolvendo seres humanos. |
| 8. Ética e pesquisa **(NOSELLA, 2008).** | Aborda amplamente a ética em pesquisa, em todas as áreas do conhecimento, com fundamentos histórico-filosóficos da relação entre as atividades de pesquisa e as obrigações morais, ao longo da história. |
| 9. Ética e Investigación Científica en la Sociedad Globalizada **(NORERO; TORO; CONTERERAS, 2009)**. | Discute o controle ético na pesquisa científica de forma ampla. Conclui a importância da ética nas sociedades profissionais e a necessidade de desenvolver uma 'ética de futuro' que se preocupe com as novas gerações e sua sustentabilidade. |
| 10. Aspectos Éticos y Legales de La Investigación Científica en Brasil **(SILVA; BARRERA GARCÍA; SILVA, 2010)**. | Levantamento do processo ético regulatório da pesquisa científica no Brasil. No artigo, não são citadas pesquisas cujos resultados impactam a saúde da população. |
| 11. Las investigaciones biotecnológicas. Implicaciones éticas y sociales **(DIAGO *ET AL*., 2010).** | Analisa o impacto social da biotecnologia aplicada em humanos, com abordagem em diagnóstico e terapia genética, e projeto genoma humano. |
| 12. O papel da plausibilidade na avaliação da pesquisa científica **(ALMEIDA, 2011).** | Aborda questões metodológicas, como testes de hipótese. Reprodutibilidade dos testes. Métodos e procedimentos estatísticos. |
| 13. Retos de la bioética frente a la biotecnología. Necesidad de la educación en bioética **(RESTREPO, 2011)**. | Trata do ensino em bioética, apontando a necessidade de uma educação bioética com premissas antropológicas que respeitem a pessoa humana. |
| 14. Ética em Pesquisa: antigos conhecidos, novos desafios **(COSTA, 2013).** | Afirma que, nos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, a ética em pesquisa não deve ser vista como algo burocrático, que visa preencher certos critérios ou formulários oficiais, mas como agenda mais do que necessária, completando de maneira fundamental o vasto quadro de funções que abarcam o princípio do respeito à integridade dos seres. |
| 15. Interconexão entre Direito e bioética à luz das dimensões teórica, institucional e normativa **(CARREIRO; OLIVEIRA, 2013).** | Constata que a bioética pode auxiliar o Poder Judiciário e o aplicador do Direito a compatibilizar a racionalidade jurídica com a reflexão ética propiciada por novos paradigmas científicos. Cita, como introdução, os avanços tecnocientíficos e questões decorrentes da insegurança gerada pela potencial capacidade destrutiva humana, mas de forma abrangente, não especificando resultados de pesquisa. |
| 16. Normas de bioética para una investigación científica **(AMATRIAIN *ET AL*., 2013).** | Discute o cumprimento de normas bioéticas em estudos envolvendo seres humanos, com ênfase no uso de 'Duplo Padrão'. |
| 17. Una mirada filosófica a la ética de la investigación **(LABOY, 2013).** | Questiona as fraudes nas realizações de pesquisas e a conduta ética em pesquisas envolvendo seres humanos. Considera que os códigos de ética das pesquisas têm sido ineficazes para muitos cientistas. Conclui na necessidade da reflexão filosófica da ética e moral nas pesquisas. |

Quadro 1. (cont.)

| | |
|---|---|
| 18. Quality perception in research laboratories from FIOCRUZ after QMS implementation **(PRESOT *ET AL.*, 2014).** | Descreve a percepção dos colaboradores após implementação do Sistema de Qualidade em laboratório de pesquisa. Como resultado, biossegurança, treinamento e ética foram os fatores considerados mais importantes. |

A análise do material indicou que muitos dos artigos (1-3-5-6-7-14-16) tratavam de pesquisas envolvendo seres humanos mesmo quando seus títulos ou resumos não indicavam essa característica. Alguns artigos abordavam temas como pesquisa com células-tronco embrionárias ou clonagem (2-11), enquanto outros tratavam do tema da ética em pesquisa de uma forma ampla e generalizada (4-8-9-17), sem focar a problemática dos estudos que não envolvem diretamente os seres humanos, mas cujos resultados podem resultar em impactos à saúde da população.

Embora esse resultado indique que a discussão sobre o controle ético desse tipo de pesquisa seja bastante incipiente, dando a impressão de que o assunto ainda passa despercebido à comunidade científica, é possível encontrar alguns artigos que abordam o tema da responsabilidade dos pesquisadores na prática científica, desde uma perspectiva mais ampla ou indireta, e que merecem ser destacados.

Laboy (2013), por exemplo, analisou vários incidentes em que fraudes permearam as investigações científicas, defendendo a necessidade de discutir a ética das pesquisas a partir de uma postura filosófica. Norero, Toro e Contreras (2009), por suas vez, discutiram a importância da ética nas sociedades profissionais e a necessidade de desenvolver uma 'ética de futuro' que se preocupe com as novas gerações e sua sustentabilidade. Todos os autores questionaram se existem instâncias efetivas de controle ético nas pesquisas e na aplicação dos novos conhecimentos. Complementarmente, Rios (2006) problematizou os objetivos, métodos e resultados de pesquisas em todas as áreas do saber, apontando para a necessidade de considerar a ética na prática científica não apenas para impor limites aos estudos, mas também para aprimorar a própria qualidade das pesquisas.

Por outro lado, a busca realizada nas bases normativas e legais brasileiras não indicou qualquer norma ou regulamento diretamente relacionado ao tema, mas apenas sobre o controle ético de pesquisas envolvendo seres humanos e animais, além dos códigos de ética das diferentes categorias profissionais e de instituições. Este aspecto confirma o resultado relatado por Silva, Barrera-García e Silva (2010), ao apresentar um levantamento do arcabouço regulatório da pesquisa científica no Brasil, embora este trabalho também não tenha problematizado, de modo específico, a normatização de pesquisas que não envolvem seres humanos, mas cujos resultados impactam a saúde da população.

Diante desse quadro, cabe retomar as questões iniciais apontadas no presente trabalho acerca da necessidade de avaliar previamente tais pesquisas, da responsabilidade ética pela consequência desses estudos e da busca pelo equilíbrio entre a liberdade da produção científica e a proteção da saúde das populações.

É oportuno enfatizar que, de modo geral, as pesquisas científicas são realizadas não só por conta dos benefícios que elas poderão trazer para a população, mas, cada vez mais, pelos interesses econômicos e estratégicos dos interessados (GARRAFA *ET AL.*, 2010), aspecto que se torna mais premente quando envolve a indústria farmacêutica e o poder bélico de determinados grupos de países, o que aponta para a necessidade de que o problema passe a ser abordado desde uma perspectiva mais ampla da bioética.

Para exemplificar as distorções que muitas

vezes acontecem com as pesquisas clínicas, campo contíguo à discussão aqui desenvolvida, é oportuno registrar um estudo de Ugalde y Homedes (2011), dois pesquisadores espanhóis que trabalham há muitos anos nos Estados Unidos. Analisando estudos clínicos patrocinados por grandes empresas farmacêuticas multinacionais na América Latina, eles denunciam fraudes científicas e manipulações de resultados, interesses financeiros disfarçados de ciência e a instrumentalização de indivíduos em situação de vulnerabilidade social. Os autores demonstram como o sigilo industrial relacionado às pesquisas clínicas multinacionais acaba sendo mais importante do que a própria segurança das pessoas envolvidas, criando uma lógica perversa que dificulta o controle social das atividades de pesquisa, prestando-se a encobrir manipulações de dados e efeitos adversos graves, que afetam os sujeitos das mesmas. A maioria dos estudos clínicos atualmente realizados nos países periféricos do mundo vem dando às motivações financeiras importância muito maior do que ao próprio processo científico (LORENZO; GARRAFA, 2011).

Dentro de todo esse contexto, um referencial indispensável é a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), cujo objetivo é equilibrar o atendimento a valores como dignidade humana, proteção de vulnerações e liberdade científica, entre outros. Em seu Artigo 20, o referido documento aponta para a necessidade de os Estados promoverem "a avaliação e o gerenciamento adequado de riscos relacionados à medicina, às ciências da vida e às tecnologias associadas", ao mesmo tempo em que, no Artigo 24, aponta que: "Os Estados devem promover a disseminação internacional da informação científica e estimular a livre circulação e o compartilhamento do conhecimento científico e tecnológico" (UNESCO, 2005). Entre os princípios apresentados pela DUBDH, pode-se destacar, ainda, o Artigo 4 – Benefício e Dano, que aponta para a necessidade de maximizar os benefícios diretos e indiretos a pacientes, sujeitos de pesquisa e outros indivíduos afetados, sendo que qualquer dano a tais indivíduos deve ser minimizado. Isto indica que, mesmo na realização de estudos que não envolvem o ser humano como objeto, devem ser ponderados os riscos e possíveis danos em contrapartida aos benefícios esperados, não só para os sujeitos diretamente envolvidos, mas para toda a população e também à própria humanidade, presente e futura.

## Conclusão

Este trabalho levantou questões éticas relacionadas às pesquisas que não envolvem seres humanos, mas cujo resultado tenha impacto na saúde da população. Verificou-se tanto a ausência de normatização brasileira para a regulação de tais pesquisas quanto a incipiência da produção científica acerca do tema. É surpreendente que um tema de tamanha relevância imediata para as pessoas e, principalmente, para as gerações futuras, incluindo mesmo a preservação do equilíbrio ambiental planetário (dependendo do tipo de pesquisa), esteja recebendo tão pouca atenção de governos, universidades, empresas e dos próprios pesquisadores envolvidos com a questão.

No entanto, é indispensável registrar, como fator limitante do presente estudo, que não foi adotada uma busca normativa ou bibliográfica no âmbito internacional, a qual está prevista para o desenvolvimento futuro da tese de doutoramento de um dos autores do presente estudo, objetivando avaliar como outros países e instâncias internacionais vêm abordando o problema.

Devido à gravidade do impacto que determinadas pesquisas possam causar à saúde da população, conclui-se, preliminarmente, pela necessidade de que sejam futuramente estabelecidas formas de controle ético de pesquisas que não envolvem diretamente o ser humano como sujeito de

experimentação. Para tanto, se faz necessário iniciar, nas diferentes instâncias de poder público, discussões sobre a ética em pesquisas e a responsabilidade dos pesquisadores, das instituições, dos patrocinadores e dos governos com relação às consequências de seus resultados. Neste sentido, uma orientação normativa importante é a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco, na medida em que aborda a relação entre avanços científicos e proteção dos seres humanos em uma perspectiva ampla. É importante referir, contudo, que, sendo a Declaração um documento basicamente normativo de âmbito internacional, é necessário que os ordenamentos por ela sugeridos sejam transformados em legislações de aplicação prática no âmbito dos diferentes países, de modo a garantir indispensáveis medidas concretas de proteção sanitária relacionadas com o problema central, que é objeto deste trabalho.

Uma vez que se chegue à conclusão sobre a necessidade do controle ético para o tipo específico de pesquisas aqui abordadas, deve-se também analisar como se dará esse processo e a quem caberá sua avaliação. Fazer ciência hoje em dia é uma atividade carregada de potenciais implicações éticas. Somente com a participação conjunta, responsável e articulada do Estado, dos cientistas e da sociedade nas avaliações em tomadas de decisão firmes e de conteúdo rigoroso, é que se poderá dar um rumo apropriado para o assunto.

## Colaboradores

Os três autores participaram conjuntamente da elaboração do artigo. ■

## Referências

ALMEIDA, R. M. V. R. O papel da plausibilidade na avaliação da pesquisa científica. *Revista Saúde Pública,* São Paulo, v. 45, n. 3, p. 617-620, 2011.

AMATRIAIN, R. M. C. *et al.* Normas de bioética para una investigación científica/Bioethical standards for scientific research. *Revista de la Asociación Médica Argentina,* Buenos Aires, v. 126, n. 3, p. 38-45, 2013.

BIOLOGICAL WEAPONS CONVENTION. *Making avian influenza aerosol-transmissible in mammals:* Background information document submitted by the Implementation Support Unit. Meeting of Experts, Genebra, 2012. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G12/611/33/PDF/G1261133.pdf?OpenElement>. Acesso em: 15 jul. 2014.

CANO, M. C. A. Reflexiones éticas sobre la investigación científica en Biomedicina desde el prisma de la Universidad Médica. *Revista Cubana de Investigaciones Biomedica*, Ciudad de La Habana, v. 25, n. 1, 2006.

CARREIRO, N. M. S.; OLIVEIRA, A. A. S. Interconexão entre Direito e bioética à luz das dimensões teórica, institucional e normativa. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 21, n. 1, p. 53-61, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). *Comissões:* Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/ conep/index.html>. Acesso em: 20 jul. 2014.

CORREA, J. D. V. Pensamientos de Juan de Dios Vial Correa en torno a: los problemas éticos en ciencia e investigación. *ARS Médica*, Santiago, v. 9, p. 30-129, 2004.

COSTA, A. S. Ética em Pesquisa: antigos conhecidos, novos desafios. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 235-236, 2013.

CRUZ, M. R.; OLIVEIRA, S. L. T.; PORTILLO, J. A. C. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos – contribuições ao Estado brasileiro. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 93-107, 2010.

DIAGO, N. B. *et al*. Las investigaciones biotecnológicas. Implicaciones éticas y sociales. *Mediciego*, Ciego de Ávila, v. 16, supl. 2, dic. 2010.

GARRAFA, V. Bioética e ciência – até onde avançar sem agredir. In: COSTA, S. I. F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (Org.). *Iniciação à bioética*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 99-110.

GARRAFA, V. *et al*. Between the needy and greedy: the quest for a just and fair ethics of clinical research. *Jounal of Medical Ethics,* London, v. 36, n. 8, p. 500-504, 2010.

HERNÁNDEZ, I. A. *et al*. Conocimientos de la ética de la investigación científica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, Ciudad de La Habana, v. 24, n. 3, 2008.

HORKHEIMER, M. *Teoría crítica*. Buenos Aires: Amarrortu Editores, 2003.

LABOY, R. G. Una mirada filosófica a la ética de la investigación. *Revista Bioética,* Brasília, DF, v. 21, n. 1, p. 43-52, 2013.

LORENZO, C.; GARRAFA V. Ensayos clínicos, Estado y sociedad: ¿dónde termina la ciencia y empieza el negocio? *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 7, n. 2, p. 166-170, 2011.

MIRANDA, L. C. D. A produção científica e a ética em pesquisa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões,* Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, p. 411-412, 2006.

NORERO, C. V.; TORO, C. A.; CONTERERAS, J. P. Ética e Investigación Científica en la Sociedad Globalizada. *Revista Chilena de Pediatría*, Santiago, v. 80, n. 4, p. 305-307, 2009.

NOSELLA, P. Ética e pesquisa. *Educação & Sociedade,* Campinas, v. 29, n. 102, p. 255-273, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA (UNESCO). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.* Brasília, 2005. Tradução feita sob a responsabilidade da Cátedra Unesco de Bioética da Universidade de Brasília e da Sociedade Brasileira de Bioética, homologada pelo Ministério das Relações Exteriores do Brasil. Disponível em: < http://bioetica.catedraunesco.unb.br/?page_id=250>. Acesso em: 3 ago. 2016.

PADILHA, M. I. C. S. *et al*. A responsabilidade do pesquisador ou sobre o que dizemos acerca da ética em pesquisa. *Texto & Contexto – Enfermagem,* Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 96-105, 2005.

PRESOT, I. M. *et al*. Quality perception in research laboratories from Fiocruz after QMS implementation. *Revista Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 237-252, 2014.

RESTREPO, P. A. Retos de la bioética frente a la biotecnología. Necesidad de la educación en bioética, *NOVA Publicación Científica*, Bogotá, v. 9 n. 15, 2011.

RIOS, T. A. A ética na pesquisa e a epistemologia do pesquisador. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 12, n. 19, p. 80-86, 2006.

SCHEFFER, M. Tecnologia, Aids e ética em pesquisa. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 4, n. 6, p. 173-176, 2000.

SCHRAMM, F. R. Bioética e Biossegurança. In: COSTA, S. I. F.; GARRAFA, V.; OSELKA, G. (Org.). *Iniciação à bioética*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 217-30.

SILVA, P. R.; BARRERA-GARCÍA, R. C.; SILVA, R. Aspectos Éticos y Legales de La Investigación Científica en Brasil. *Acta Bioethica*, Santiago, v. 16, n. 1, p. 61-69, 2010.

UGALDE, A.; HOMEDES, N. Cuatro palabras sobre ensayos clínicos: ciencia/negocio, riesgo/beneficio. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 7, n. 2, p. 135-148, 2011.

UNITED NATIONS OFFICE AT GENEVA (UNOG). *The Biological Weapons Convention*. Disponível em: <http://www.unog.ch/80256EE600585943/(httpPages)/04FBBDD6315AC720C1257180004B1B2F?OpenDocument>. Acesso em: 15 jul. 2014.

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

# A saúde física e mental do profissional médico: uma revisão sistemática

## *Physical and mental health of medical professionals: a systematic review*

Mariana Evangelista Gracino[1], Ana Laura Lima Zitta[2], Otávio Celeste Mangili[3], Ely Mitie Massuda[4]

**RESUMO** O objetivo desta revisão sistemática da literatura foi de identificar as principais doenças que acometem os médicos em todo o mundo, mediante uma pesquisa eletrônica na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) baseada na metodologia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma). Foram analisados 57 dos 374 artigos científicos encontrados sobre o tema em inglês, português e espanhol, publicados entre 2005 e 2015. Os resultados encontrados apontaram que os acometimentos mentais prevaleceram, destacando-se o esgotamento profissional (síndrome de *burnout*). Entre as doenças físicas, predominaram os acometimentos musculoesqueléticos.

**PALAVRAS-CHAVE** Doenças profissionais. Esgotamento profissional. Saúde do trabalhador.

**ABSTRACT** *The objective of this systematic literature review was to identify the main diseases that affect physicians worldwide, through an electronic survey in the Virtual Health Library (BVS) database based on the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma) methodology. We analyzed 57 of the 374 scientific papers published on this subject between 2005 and 2015 in English, Portuguese, and Spanish. The findings showed that mental affections prevailed, highlighting the occupational exhaustion (burnout syndrome). Among the physical ailments, musculoskeletal affections prevailed.*

**KEYWORDS** *Occupational diseases. Burnout, professional. Occupational health.*

[1] Centro Universitário Cesumar (Unicesumar) – Maringá (PR), Brasil. *mariana.gracino@hotmail.com*

[2] Centro Universitário Cesumar (Unicesumar) – Maringá (PR), Brasil. *ana-zitta@hotmail.com*

[3] Centro Universitário Cesumar (Unicesumar) – Maringá (PR), Brasil. *otaviomangili@yahoo.com.br*

[4] Centro Universitário Cesumar (Unicesumar), Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (PPGPS) e Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (Iceti) – Maringá (PR), Brasil. *elymitie@hotmail.com*

 DOI: 10.1590/0103-1104201611019

## Introdução

As modificações no mercado de trabalho da medicina na atualidade, com novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas, a influência da indústria farmacêutica, a mercantilização dos serviços médicos, tiveram consequências na profissão médica, como perda da autonomia, diminuição da remuneração, mudanças no estilo de vida, prejuízo na saúde do médico e mudanças no seu comportamento ético. Associado a isso, a mídia tem contribuído para distorção da imagem social desse profissional, divulgando os erros médicos com sensacionalismo e supervalorizando os recursos tecnológicos, com impacto no exercício da profissão (NOGUEIRA-MARTINS, 2003).

Ademais, esses profissionais também sofrem influência das condições de trabalho, como a falta de infraestrutura, falta de recursos para o atendimento da demanda do serviço, alta jornada de trabalho, baixa remuneração, instabilidade e insegurança (ASAIAG *ET AL.*, 2010). Essas más condições do ambiente de trabalho motivam os profissionais médico a procurarem outras alternativas de trabalho, provocando, assim, uma alta rotatividade de médicos em algumas regiões do País (PIERANTONI *ET AL.*, 2015). Outrossim, torna-se inevitável a especialização médica e a sua maior concentração e atuação em centros especializados, de alto nível de complexidade, onde há disponibilização de recursos para a adequada prática médica (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

Também é importante destacar as repercussões na gestão financeira do sistema de saúde público e privado decorrentes do absenteísmo por doenças, desmotivação, acidentes de trabalho e até mesmo rejeição ao trabalho (JUNKES; PESSOA, 2010).

Pouco se trabalha com esses profissionais as possibilidades de enfrentamento das diversas situações da profissão. Por falta de preparo, que não é oferecido no ambiente acadêmico, o médico é confrontado com situações que ultrapassam os limites profissionais e atingem o pessoal causando o adoecimento.

Este artigo apresenta os resultados de uma revisão sistemática com o objetivo de identificar os principais acometimentos da saúde física e mental do profissional médico.

## Material e métodos

Esta revisão sistemática de literatura foi realizada por meio de uma síntese de evidências, interpretando criticamente as pesquisas de relevância disponíveis a respeito da saúde dos profissionais médicos.

Utilizou-se o método Prisma (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), que consiste em uma revisão do Quorom (Quality Of Reporting Of Metaanalyses), cuja finalidade é aprimorar a qualidade dos estudos de revisão sistemática e metanálise. Apesar de esse método ser fundamentado para os estudos clínicos randomizados, será utilizado por meio de adaptações para a abrangência de todos os tipos de estudos a respeito do tema escolhido.

O estudo incluiu, inicialmente, todos os tipos de estudos encontrados sob a forma de artigo científico, datados de 2005 a 2015, na base de dados eletrônica Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que inclui as seguintes bases de dados: Lilacs, SciELO, Medline, PubMed, Cochrane. A análise restringiu-se aos artigos escritos nos idiomas inglês, português e espanhol. Os descritores utilizados na busca realizada durante o período de 26 de agosto de 2015 a 2 de setembro de 2015 foram: 'esgotamento profissional', 'saúde do trabalhador' e 'doenças profissionais', com o assunto principal 'médicos'.

Foram localizados 194 artigos referentes ao descritor 'esgotamento profissional', dos quais 113 foram selecionados pela análise do título e resumo. Destes, nove não foram disponibilizados na íntegra e/ou gratuitamente, e nove se repetiram nos outros dois descritores – 'saúde do trabalhador' e

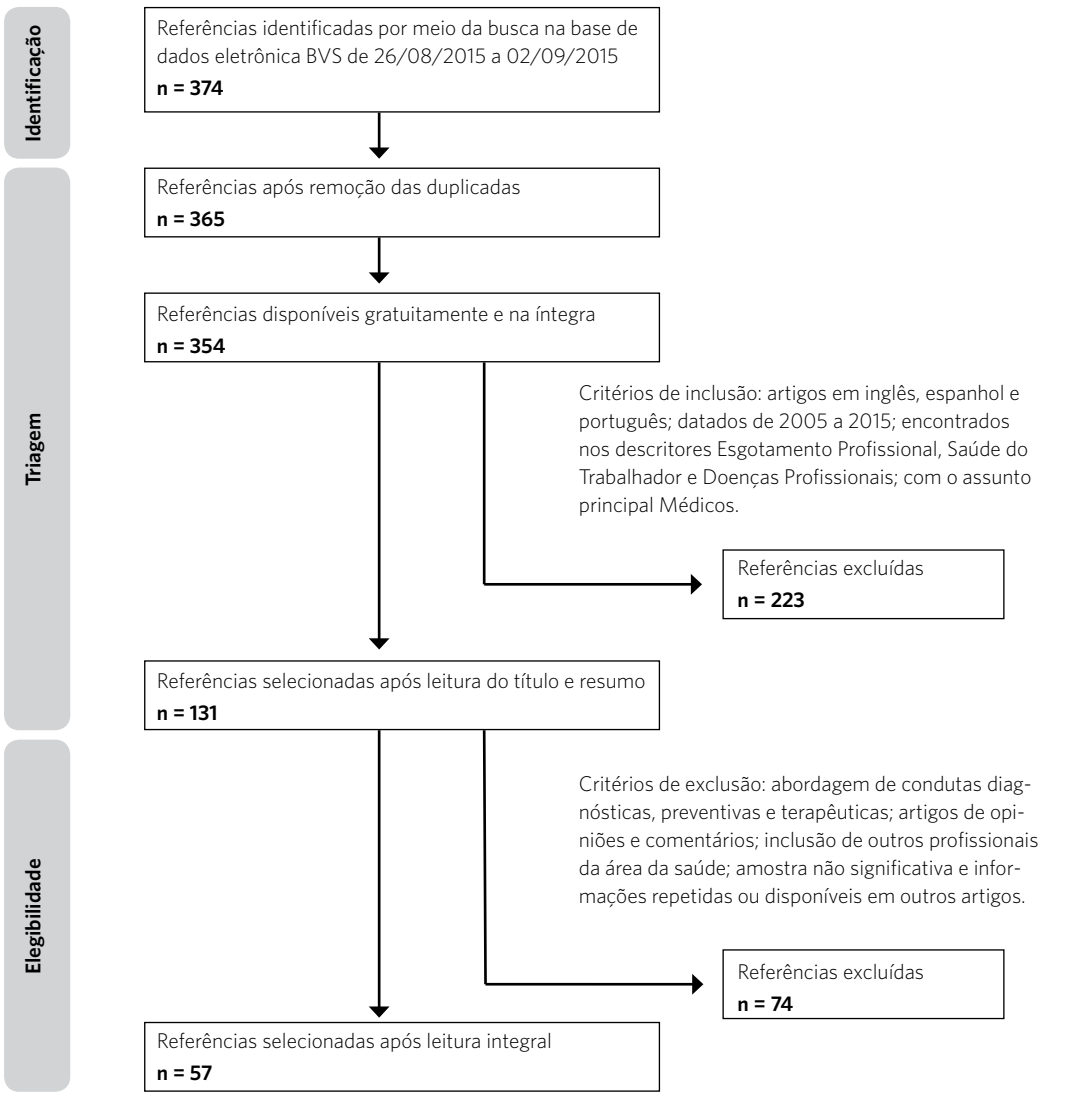
'doenças profissionais'. Portanto, examinaram-se 95 artigos que resultaram na seleção de 27 para compor esta revisão sistemática.

Quanto ao descritor 'saúde do trabalhador', foram encontrados 92 artigos, dos quais mantiveram-se 12 após a seleção por título e resumo. Uma vez realizada a leitura completa destes, dois deles foram excluídos.

Referente ao descritor 'doenças profissionais', identificaram-se 88 artigos na base de dados BVS, dos quais foram selecionados 26 artigos pelos seus respectivos títulos e resumos. O acesso gratuito a dois desses artigos foi negado, restando 24 para a leitura integral, após o que se excluíram três artigos, permanecendo, portanto, 21 artigos.

Os critérios de exclusão foram a abordagem de condutas diagnósticas, preventivas e terapêuticas, artigos de opiniões e comentários, inclusão de outros profissionais da área da saúde, amostra não significativa e informações repetidas ou disponíveis em outros artigos, além da impossibilidade de acesso gratuito. Diante disso, o presente trabalho contempla a inclusão de 57 artigos, conforme a *figura 1*.

Figura 1. Representação esquemática da metodologia segundo o Prisma



# Resultados e discussão

Os 57 artigos inclusos nesta revisão sistemática de literatura foram analisados nos aspectos ano, periódico, país e língua de publicação, método de estudo e categorizados de acordo com seus resultados e discussões em dois grupos temáticos: saúde mental e física, conforme representado nos *quadros 1* e *2*, respectivamente, os quais contam com uma definição sintética de cada estudo.

As publicações se distribuíram por diversas revistas, entre as quais se repetiram as seguintes: 'Academic Medicine', 'BMC Public Health', 'Radiologia Médica', 'Occupational Medicine' e 'International Archives of Occupational and Environmental Health'.

## Saúde mental

De acordo com os dados apresentados no *quadro 1*, a categoria 'saúde mental' foi a abordada no maior número de artigos, 45 dos 57 analisados, representando 78,94% dos resultados.

O maior número de publicações sobre a saúde mental dos médicos ocorreu em 2011 (20%), seguido de 2013 com participação relativa de 17,77% e 2014 com 15,55%. Em relação ao país de publicação, Estados Unidos e Reino Unido predominaram com 31,11% e 24,44% dos artigos respectivamente. Em terceiro lugar, o Brasil contribuiu com 11,11% dos trabalhos. A língua de publicação de 80% dos artigos foi a inglesa, enquanto a portuguesa foi responsável por 11,11% deles e a espanhola, 8,88%. A respeito do método dos estudos, predominaram os estudos transversais (80%). Já os estudos de revisão (bibliográfica e sistemática) representaram 6,66%.

Quadro 1. Características dos estudos incluídos na categoria temática saúde mental

| Estudo (autores) | Ano | Periódico | País | Língua | Método | Definição sintética |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Aldrees *et al.* | 2013 | Annals of Saudi Medicine | Índia | Inglês | Estudo transversal | Prevalência da síndrome de *burnout* em médicos de diversas especialidades de um hospital da Arábia Saudita. |
| Arigoni *et al.* | 2009 | Supportive Care in Cancer | Alemanha | Inglês | Estudo transversal | Prevalência de *burnout* e doenças psiquiátricas entre oncologistas, pediatras e médicos gerais na Suíça. |
| Assunção *et al.* | 2013 | Occupational Medicine | Reino Unido | Inglês | Estudo transversal | Detecta que os distúrbios mentais comuns afetam mais mulheres entre os médicos brasileiros. |
| Balch *et al.* | 2011 | Annals of Surgical Oncology | Estados Unidos | Inglês | Estudo transversal | Comparativo da incidência de *burnout*, depressão, ideação suicida, satisfação profissional e qualidade de vida entre cirurgiões oncologistas e outras 14 especialidades cirúrgicas. |
| Bellieni *et al.* | 2012 | Journal of Maternal--Fetal and Neonatal Medicine | Reino Unido | Inglês | Estudo transversal | Nível de esgotamento profissional de neonatologistas e sua associação com ideação suicida, tempo de profissão, filhos, religião. |
| Beltrán; Moreno | 2007 | Revista Medica del Uruguay | Uruguai | Espanhol | Estudo transversal | Enfermidades mais frequentes: musculoesqueléticas, respiratórias, gastrintestinais e psicológicas. |

Quadro 1. (cont.)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Brown; Goske; Johnson | 2009 | Journal of the American College of Radiology | Holanda | Inglês | Revisão bibliográfica | Interferência de condições como depressão, *burnout* e estresse sobre o comportamento disruptivo dos médicos, comprometendo o exercício da profissão. |
| Chen *et al*. | 2013 | International Journal of Medical Sciences | Austrália | Inglês | Estudo transversal | Incidência de *burnout* e sua correlação com a insatisfação e a má prática profissional e o abuso de bebidas alcoólicas em médicos de Taiwan. |
| Dewa *et al*. | 2014 | BMC Health Services Research | Reino Unido | Inglês | Revisão sistemática | Incidência da síndrome de *burnout* em cinco estudos e seu impacto na produtividade dos médicos. |
| Dyrbye *et al*. | 2013 | Mayo Clinic Proceedings | Reino Unido | Inglês | Estudo transversal | Incidência da síndrome de *burnout* ao longo da carreira nas diversas especialidades médicas nos Estados Unidos. |
| Dyrbye *et al*. | 2014 | Academic Medicine | Estados Unidos | Inglês | Estudo transversal | Comparação da prevalência do esgotamento profissional, depressão, ideação suicida e fadiga nos diferentes estágios da carreira médica com a população em geral estadunidense. |
| Escribà-Agüir; Artazcoz; Pérez--Hoyos | 2008 | Gaceta Sanitária | Espanha | Espanhol | Estudo transversal | Interferência dos fatores de risco psicossociais e das fontes satisfação no trabalho sobre a síndrome de *burnout* nas diversas especialidades e estágios da carreira de médicos da Espanha. |
| Fogaça; Carvalho; Nogueira--Martins | 2010 | Revista da Escola de Enfermagem da USP | Brasil | Português | Estudo descritivo | Detecção de baixa qualidade de vida de médicos intensivistas pediátricos e neonatais. |
| Galán-Rodas *et al*. | 2011 | Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública | Peru | Espanhol | Estudo de linha de base | Relaciona a depressão com a falta de recursos logísticos e humanos para a prática médica. |
| Gander *et al*. | 2010 | Academic Medicine | Estados Unidos | Inglês | Estudo transversal | Os médicos da Nova Zelândia participantes descreveram isolamento social devido às longas jornadas de trabalho. |
| Garcia *et al*. | 2014 | Pediatric Critical Care Medicine | Estados Unidos | Inglês | Estudo de coorte | Relaciona a grande responsabilidade acerca da vida do paciente com a maior incidência de *burnout* em pediatras intensivistas brasileiros. |
| Gurman; Klein; Weksler | 2012 | Journal of Clinical Monitoring and Computing | Holanda | Inglês | Revisão bibliográfica | Alta incidência de *burnout* entre os anestesiologistas devido à grande responsabilidade de resguardar a vida de um paciente em cirurgia. |
| Harms *et al*. | 2005 | Annals of Surgery | Estados Unidos | Inglês | Estudo transversal | Evidencia a taxa de dependência de álcool dentre os cirurgiões entrevistados. |
| Lee *et al*. | 2013 | Human Resources for Health | Reino Unido | Inglês | Meta-análise | Principais fatores associados ao esgotamento profissional nas diversas regiões e especialidades. |
| Leiter; Frank; Matheson | 2009 | Canadian Family Physician | Canadá | Inglês | Estudo transversal | Influência da elevada carga de trabalho e da incongruência dos valores pessoais com o sistema de saúde sobre a síndrome de *burnout* em médicos canadenses. |

Quadro 1. (cont.)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Lim; Pinto | 2009 | Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology | Reino Unido | Inglês | Estudo transversal | Taxas de esgotamento profissional e estresse entre médicos radiologistas atuantes em hospitais públicos e privados na Nova Zelândia. |
| Liu *et al*. | 2012 | BMC Public Health | Reino Unido | Inglês | Estudo transversal | Caracteriza a exposição às grandes demandas físicas e emocionais como geradores dos estresses intrínseco e extrínseco. |
| Lovseth *et al*. | 2013 | Stress and Health | Estados Unidos | Inglês | Estudo transversal | Confidencialidade médica como barreira na busca de apoio emocional entre médicos hospitalares da Suécia, Noruega, Islândia e Itália, influindo no esgotamento profissional. |
| Magnavita; Fileni | 2013 | Radiologia Medica | Itália | Inglês | Estudo transversal | Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em médicos radiologistas participantes do Congresso Nacional da Sociedade Italiana de Radiologia Médica. |
| Magnavita *et al*. | 2008 | Radiologia Médica | Itália | Inglês | Estudo piloto | Estresse ocupacional e seus efeitos psicossociais em radiologistas e radioterapeutas italianos. |
| McAbee *et al*. | 2015 | Journal of Neurosurgery | Estados Unidos | Inglês | Estudo transversal | Taxa da síndrome de *burnout* em neurocirurgiões estadunidenses e seu impacto na má prática médica e na satisfação com a carreira. |
| Misiołek *et al*. | 2014 | Anaesthesiology Intensive Therapy | Polônia | Inglês | Estudo transversal | Risco para esgotamento profissional em médicos atuantes em cuidados intensivos e ambulatórios de cuidado da dor. |
| Mendonça; Coelho; Júca | 2012 | Psicologia em Pesquisa | Brasil | Português | Estudo transversal | Correlação do estresse no trabalho com o esgotamento profissional e a fadiga entre médicos docentes de uma faculdade brasileira. |
| Nishimura *et al*. | 2014 | Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes | Estados Unidos | Inglês | Estudo transversal | Incidência e fatores de risco para síndrome de *burnout* em neurologistas e neurocirurgiões japoneses. |
| Oliveira Júnior *et al*. | 2013 | Anesthesia and analgesia | Estados Unidos | Inglês | Estudo transversal | Taxa de depressão e esgotamento profissional entre médicos residentes em anestesiologia, correlacionados com a taxa de ideação suicida, abuso de drogas e erros médicos. |
| Opoku; Apenteng | 2014 | International Health | Reino Unido | Inglês | Estudo transversal | Fatores associados com a síndrome de *burnout* e com a satisfação profissional em médicos de Gana. |
| Picard *et al*. | 2015 | Psychology, Health and Medicine | Reino Unido | Inglês | Estudo transversal | Relação entre empatia e esgotamento profissional em residentes. |
| Pistelli *et al*. | 2011 | Archivos Argentinos de Pediatria | Argentina | Espanhol | Estudo transversal | Incidência da síndrome do desgaste profissional em residentes em pediatria e pediatras de um hospital infantil da Argentina. |

Quadro 1. (cont.)

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Popa *et al*. | 2010 | Journal of Medicine and Life | România | Inglês | Estudo transversal | Fatores causais, mecanismos de enfrentamento e repercussões do esgotamento profissional e depressão em médicos emergencistas. |
| Roth *et al*. | 2011 | Pediatric Blood and Cancer | Estados Unidos | Inglês | Estudo transversal | Prevalência de esgotamento profissional em pediatras oncológicos de 13 países. |
| Rubin | 2014 | JAMA - Journal of the American Medical Association | Estados Unidos | Inglês | Reflexão teórica | Reflexão sobre as taxas de suicídio entre a população médica. |
| Serralheiro *et al*. | 2011 | Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde | Brasil | Português | Estudo transversal | Prevalência da síndrome de *burnout* em anestesiologistas brasileiros e sua relação com atividade física. |
| Shanafelt *et al*. | 2011 | JAMA Surgery | Estados Unidos | Inglês | Estudo transversal | Taxa de ideação suicida entre cirurgiões americanos e sua ligação com depressão, esgotamento profissional, erros médicos e uso de antidepressivos. |
| Nascimento Sobrinho *et al*. | 2006 | Revista da Associação Médica Brasileira | Brasil | Português | Estudo transversal | Identifica o cansaço mental como sintoma mais prevalente entre os médicos brasileiros entrevistados. |
| Stafford; Judd | 2010 | Gynecologic Oncology | Estados Unidos | Inglês | Estudo transversal | Prevalência de doenças psiquiátricas e esgotamento profissional em ginecologistas oncológicos da Austrália e sua influência na satisfação profissional. |
| Taft; Keefer; Keswani | 2011 | Journal of Clinical Gastroenterology | Estados Unidos | Inglês | Estudo transversal | Formas de enfretamento por gastroenterologistas americanos em situações estressantes e sua relação com *burnout*. |
| Tomioka *et al*. | 2011 | Occupational Medicine | Reino Unido | Inglês | Estudo transversal | Demonstra uma relação positiva entre horas de trabalho e prevalência de depressão. |
| Torres *et al*. | 2011 | Revista Brasileira de Epidemiologia | Brasil | Português | Estudo transversal | Autoavaliação da qualidade de vida, satisfação profissional, saúde física e mental por médicos do Brasil. |
| Wada *et al*. | 2010 | BMC Public Health | Reino Unido | Inglês | Estudo transversal | Relaciona o estado depressivo com a quantidade de dias de folga de médicos japoneses. |
| Wang *et al*. | 2010 | International Archives of Occupational and Environmental Health | Alemanha | Inglês | Estudo transversal | Associa o sofrimento inerente à profissão médica com a maior taxa de sintomas depressivos entre médicos chineses do que na população chinesa em geral. |

Fonte: Elaboração própria.

A condição mental mais abordada nos artigos analisados foi o esgotamento profissional ou síndrome de *burnout*, sendo definida como uma síndrome patológica resultante do estresse ocupacional prolongado. As três principais características dessa condição são: exaustão emocional, despersonalização e sentimento de ineficácia profissional. Postula-se que as dimensões da síndrome de *burnout* aparecem sequencialmente no tempo. Assim, desenvolve-se primeiro a exaustão emocional, e depois surge a despersonalização na tentativa de enfrentar a exaustão e, finalmente, a capacidade de resistir às demandas de trabalho diminui, resultando em uma redução nos sentimentos de realização pessoal (BROWN; GOSKE; JOHNSON, 2009).

No Brasil, a síndrome de *burnout*, considerada doença relacionada com o trabalho, está presente na lista de transtornos mentais e do comportamento associados ao trabalho, de acordo com a Portaria/MS nº 1.339/1999. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), o trabalhador perde a significação do trabalho em sua vida e normalmente se desinteressa pelas atividades laborais, parecendo inútil qualquer esforço realizado.

Ao analisar a incidência da síndrome de *burnout* ao longo da carreira médica, Dyrbye *et al.* (2013) constataram que os médicos na metade da carreira apresentaram maior pontuação na dimensão exaustão emocional e os profissionais no início da carreira, na dimensão despersonalização. Já em estudo posterior de Dyrbye *et al.* (2014), contemplando estudantes de medicina e residentes, observou-se que eles pontuaram ainda mais na despersonalização, exaustão emocional e fadiga. No aspecto qualidade de vida, os médicos no início da carreira demonstram maior pontuação do que os estudantes e residentes, porém 51,4% estavam com esgotamento profissional, 40% relataram pelo menos um sintoma de depressão e 50,3% apresentaram elevada fadiga.

A satisfação com a escolha da carreira médica obteve crescimento com o decorrer dos anos – o que foi observado nos dois estudos acima citados – sendo válido destacar que os médicos com mais de 10 anos de profissão tiveram que se adaptar às modificações na prática profissional que vêm ocorrendo, o que é um aspecto desafiador. Esse incremento na satisfação ao longo dos anos pode ser devido às habilidades de enfrentamento ou devido à seleção dos médicos mais aptos em virtude do abandono da profissão por aqueles mais insatisfeitos, visto que a síndrome de *burnout* se mostrou presente entre os médicos aposentados ou que não estavam em prática, provavelmente tendo sido fator contribuinte para tais decisões.

Ainda no estudo de Dyrbye *et al.* (2013), a variação na satisfação com a carreira foi observada entre as especialidades, sendo menor entre os médicos no início da carreira na atenção primária e cirurgiões e nos médicos na metade da carreira de medicina interna e pediatria. A respeito da área de atuação, observou-se que indivíduos na prática acadêmica tiveram menor índice de *burnout* e maior satisfação com a carreira.

O período de início de carreira (internato e residência) é o mais hostil durante a carreira médica, expondo o profissional a níveis elevados de estresse (BROWN; GOSKE; JOHNSON, 2009; CHEN *ET AL.*, 2013; ESCRIBÀ-AGÜIR; ARTAZCOZ; PÉREZ-HOYOS, 2008; ROTH *ET AL.*, 2011). Segundo estimativas, de um terço a metade dos médicos internos sofre de depressão, e mais de três quartos dos residentes apresentam esgotamento profissional, estimativas mais altas do que as encontradas por Dyrbye *et al.* (2013). Foi descrita a síndrome *house office* em médicos residentes, que é caracterizada por comprometimento cognitivo episódico, distúrbios do sono, raiva crônica, cinismo generalizado e conflitos familiares.

Entre os fatores de risco para o adoecimento psicológico dos médicos mais abordados nos estudos, destacam-se a elevada demanda de trabalho tanto física quanto emocional, conflitos familiares devido à profissão, dificuldades financeiras e descontentamento

com o sistema de saúde (BROWN; GOSKE; JOHNSON, 2009; CHEN *ET AL.,* 2013; LEITER; FRANK; MATHESON, 2009; OPOKU; APENTENG, 2014; STAFFORD; JUDD, 2009). Além dessas, outras condições estressantes crônicas afetam esses profissionais, como ansiedade, exaustão, distúrbios do sono, raiva e abuso de substâncias, demonstrando a importância das práticas de autocuidado e da boa gestão da vida pessoal e familiar. Conforme Aldrees *et al.* (2013), a privação de sono acometeu 86% dos médicos.

Em estudo realizado por Picard *et al.* (2015) com 24 residentes, estes revelaram considerar a empatia uma prática que possui impacto direto sobre o estado emocional, pois a escuta empática de vários pacientes devido à elevada carga de trabalho se torna cansativa e pode ser responsável pelo desenvolvimento de fadiga. Entretanto, uma barreira na busca de apoio emocional para aliviar o estresse foi a confidencialidade médica, conforme estudo de Lovseth *et al.* (2013) com 2.095 médicos hospitalares da Suécia, Noruega, Islândia e Itália. Diante disso, ocorre o desenvolvimento da despersonalização, que prejudica ainda mais o estabelecimento da empatia.

Segundo Wang *et al.* (2010), 63,5% dos médicos chineses entrevistados apresentaram sintomas depressivos, frequência duas vezes maior do que a população geral da Ásia. A grande exposição ao sofrimento, à morte, as grandes demandas físicas e emocionais e a missão de salvar vidas são, segundo Liu *et al.* (2012), geradores dos estresses intrínseco e extrínseco responsáveis pelo aparecimento de sintomas depressivos.

Nascimento Sobrinho *et al.* (2006) identificaram que a queixa predominante entre 7.897 médicos era o cansaço mental, atingindo 54,1% dos entrevistados. A prevalência de distúrbio psíquico menor entre esses profissionais foi de 26%, acometendo mais mulheres; esta predominância feminina para distúrbios depressivos também foi proposta por outros autores (ASSUNÇÃO *ET AL.,* 2013; BROWN; GOSKE; JOHNSON, 2009; MAGNAVITA; FILENI, 2013).

Wada *et al.* (2010) encontraram, em seu estudo, uma relação direta entre o estado depressivo e o fato de os médicos não terem dias de folga ou estarem de plantão ou sobreaviso por vários dias seguidos. A relação entre horas de trabalho e prevalência de depressão também foi positiva no estudo de Tomioka *et al.* (2011).

A falta de recursos logísticos e humanos para a prática médica e a falta de reconhecimento da região onde se trabalha foram a justificativa dada por Galán-Rodas *et al.* (2011) em seu estudo, o qual concluiu que 26% das médicas do serviço rural do Peru e 14,5% dos médicos tinham depressão.

As manifestações sociais dos distúrbios mentais foram evidenciadas por Gander *et al.* (2010) em seu estudo, no qual a maioria dos participantes descrevia isolamento social devido às longas jornadas de trabalho, muito cansaço para participarem de outras atividades sociais, bem como de se relacionar com outros indivíduos. Roth *et al.* (2011) também descreveram que os médicos não destinam tempo para práticas de lazer como consequência da carga de trabalho.

De acordo com Magnavita e Fileni (2014), a porcentagem de médicos afetados com sintomas de depressão é alta nos dois hemisférios do planeta, estando os médicos mais novos sob maior risco, o que foi confirmado no estudo de Dyrbye *et al.* (2014), no qual os sintomas de depressão e ideação suicida foram mais prevalentes durante a faculdade do que na residência e no início da carreira. Oliveira Júnior *et al.* (2013) avaliaram 1.508 residentes em anestesiologia nos Estados Unidos e aferiram uma taxa de depressão de 22%. Taxa semelhante foi obtida por Brown, Goske e Johnson (2009) em sua revisão bibliográfica, sendo de 13% a 20%.

Os distúrbios mentais podem evoluir para números alarmantes de suicídio. No estudo de Oliveira Júnior *et al.* (2013), a taxa de ideação suicida entre os médicos foi o dobro da observada na população em geral. Já Shanafelt *et al.* (2011) constaram que essa taxa pode ser

até três vezes maior entre os cirurgiões americanos com mais de 44 anos em relação à população em geral. Nesse estudo, 1 em cada 16 (6,4%) dos 7.825 médicos avaliados relataram ideação suicida nos últimos 12 meses. Segundo Rubin (2014), a cada ano, 300 a 400 médicos tiram suas próprias vidas nos EUA, sendo que a taxa de suicídio entre as mulheres médicas é 130% maior que a população feminina geral. Brown, Goske e Johnson (2009) também observaram que, entre os médicos, esse risco é maior entre as mulheres.

Shanafelt *et al*. (2011) observaram que a desvalorização pelos cirurgiões de sua própria saúde afeta adversamente seus alunos, pois o índice de ideação suicida entre os estudantes de medicina e residentes foi maior do que entre os cirurgiões em exercício. Relatou-se ainda que, dos 5,8% médicos que usaram antidepressivos nos últimos 12 meses, 8,9% realizaram autoprescrição, e 7,4% receberam a prescrição de um colega sem análise clínica. A ideação suicida esteve fortemente relacionada de forma direta com os sintomas depressivos, síndrome de *burnout* e erros médicos e de forma inversa com a qualidade de vida. A relação entre ideação suicida e *burnout* é reversível, uma vez que, após a recuperação da síndrome, o risco de suicídio decai. Oliveira Júnior *et al*. (2013) também estabeleceram a relação positiva entre esgotamento profissional, depressão e autorrelato de erros médicos, associando ainda a não adesão às melhoras práticas médicas com consequente redução da qualidade de atendimento aos pacientes.

Outras consequências do estresse e do esgotamento profissional incluem absenteísmo, rotatividade de emprego, deterioração da relação médico-paciente e com os demais profissionais de saúde, mais pedidos de exames complementares, aposentaria antecipada e utilização de seguro por invalidez (BROWN; GOSKE; JOHNSON, 2009).

A revisão sistemática da literatura de Dewa *et al*. (2014) incluiu cinco pesquisas com diferenças entre as incidências da síndrome de *burnout*, com valores como 6%, 13% e 31%. As taxas de exaustão emocional variaram de 13,3% a 43%, e de despersonalização entre 4,5% e 35,3%. Os estudos relacionaram a síndrome com prejuízos na produtividade, licenças por adoecimento, menor intenção de continuar praticando medicina por longo período, intenção de mudar de emprego e autopercepção de habilidades de trabalho insuficientes.

Escribà-Agüir, Artazcoz e Pérez-Hoyos (2008) avaliaram a síndrome de *burnout* em uma amostra de 1.021 médicos de diversas especialidades da Espanha. As taxas mais altas de cansaço emocional foram observadas nas especialidades oncologia (22,4%) e traumatologia (20,5%), entre os residentes, mulheres e nos médicos em atividade profissional há mais de 20 anos. Já a taxa de satisfação pessoal foi menor em radiologistas (54,8%) e mulheres, e a despersonalização foi maior entre os traumatologistas, os médicos atuantes há menos de 10 anos e no sexo masculino. Concluiu-se que os fatores de risco psicossociais intrínsecos à prática médica (contato com o sofrimento e morte, privação da vida familiar e sobrecarga de trabalho) influem em duas dimensões da síndrome de *burnout* – cansaço emocional e despersonalização – e que os fatores extrínsecos (baixo estímulo intelectual no trabalho, poucas recompensas profissionais, baixa satisfação com a relação com os pacientes e familiares e não realização de atividades de docência) atuam predominantemente na terceira dimensão da síndrome, a satisfação pessoal. Destacou-se que a qualidade da relação médico-paciente influencia sobre todas as dimensões, e cada vez há menos tempo destinado a essa relação, o que pode aumentar ainda mais a incidência dessa síndrome.

Chen *et al*. (2013) estimaram a incidência de *burnout* em 809 médicos de Taiwan, nas três dimensões dessa síndrome, sendo o nível mais elevado encontrado em 13,1% dos médicos na exaustão emocional; 9,3% deles em despersonalização e 49,9% na dimensão satisfação profissional. Ainda, 62,3% estavam insatisfeitos com a relação médico-paciente,

e 29,5%, com a sua especialidade médica.

Taft, Keefer e Keswani (2011) questionaram 410 gastroenterologistas sobre suas atitudes diante de situações estressantes. Constataram que o enfrentamento planejado e positivo com busca de apoio social está relacionado com menor estresse psicológico, despersonalização e incidência de complicações endoscópicas e maior sentimento de autoeficácia profissional. Sobre esse aspecto, Lee *et al.* (2013) observaram que os médicos com mais anos de experiência demonstraram melhor manejo dos fatores de risco. Além disso, o estudo de Mendonça, Coelho e Júca (2012) também destacou que o controle dos médicos sobre suas atividades e o apoio social reduzem os danos da excessiva demanda de trabalho.

Arigoni *et al.* (2009) realizaram um comparativo entre 371 médicos suíços oncologistas, pediatras e generalistas e observaram que 32% dos participantes apresentam sinais de doenças psiquiátricas e síndrome de *burnout*, principalmente nos médicos generalistas. As características de trabalho que predispuseram o maior acometimento psicológico foram a carga de trabalho maior que 50 horas por semana, a dedicação de menos de seis horas por mês em educação continuada e o trabalho em instituições públicas.

Opoku e Apenteng (2014) em estudo com 200 médicos africanos concluíram que estes estavam satisfeitos no que se refere ao relacionamento com a equipe de saúde e moderadamente satisfeitos com a carreira profissional, principalmente os atuantes em áreas rurais e os que trabalham mais de 40 horas semanais. A incidência de *burnout* foi baixa no geral, sendo um pouco maior entre as mulheres e os residentes.

Pistelli *et al.* (2011) avaliaram a síndrome do desgaste profissional em 39 residentes em pediatria e 69 pediatras de um hospital infantil na Argentina. Os valores observados nos aspectos cansaço emocional e despersonalização foram altos, superiores aos encontrados em outros estudos com pediatras em Buenos Aires e na Espanha. A alta despersonalização alia-se ao fato de que os médicos deixam de se envolver com o paciente infantil como forma de defesa ao estresse assistencial, fato ratificado por Garcia *et al.* (2014) e Fogaça, Carvalho e Nogueira-Martins (2010). Todavia, a taxa de realização pessoal foi intermediária, indicando que ao mesmo tempo que os profissionais estão expostos a condições de trabalho que favorecem o esgotamento profissional, eles estão satisfeitos com a sua vocação. Ademais, com o decorrer dos anos de profissão, as taxas de despersonalização diminuem enquanto as de realização pessoal aumentam, em consequência da consolidação da autoestima profissional.

Roth *et al.* (2011) analisaram a prevalência de esgotamento profissional em 410 pediatras oncológicos de 13 países. Obtiveram que 38% estão em nível elevado de *burnout* e 72%, moderado. Mais de um terço dos participantes relatou sintomas da síndrome, dos quais 94% foram confirmados com nível intermediário e 73% com nível alto. As maiores taxas da síndrome foram observadas nas mulheres, também obtidas por Leiter, Frank e Matheson (2009).

Bellieni *et al.* (2012), em pesquisa com 110 neonatologistas, constaram que a maioria deles está em nível crítico de *burnout*, correlacionado com a experiência profissional menor de cinco anos, ter filhos – o que intensifica a empatia com o sofrimento de outras crianças –, a crença pessoal de que não vale a pena viver com limitações físicas – influenciando na menor ressuscitação de prematuros –, a presença de ideação suicida e ser ateu ou agnóstico.

Serralheiro *et al.* (2011) avaliaram 59 médicos anestesiologistas ligados a uma faculdade de medicina brasileira e constataram que todos os médicos da amostra apresentaram algum nível de *burnout*, mas foi prevalentemente baixo, com apenas 3,4% demonstrando nível alto. A prática de atividade física foi apontada como fator promotor de qualidade de vida, reduzindo a pontuação no aspecto despersonalização da síndrome. Em contraste, Misiołek *et al.* (2014), em pesquisa cuja amostra contou com

373 anestesistas da Polônia, evidenciaram que 69,4% dos participantes estavam em risco moderado e elevado para a síndrome de *burnout*, uma vez que trabalham em departamentos de cuidados intensivos e ambulatórios de cuidado da dor – locais conhecidamente de risco para o desenvolvimento da síndrome. A incidência de *burnout* em residentes em anestesiologia dos Estados Unidos, em estudo de Oliveira Júnior *et al.* (2013), foi de 41%, intermediária entre os valores dos dois estudos anteriores, sendo maior entre as mulheres. Os principais fatores associados foram as pressões no ambiente de trabalho que provocam o estresse ocupacional, como a carga horária semanal maior que 70 horas e mais que um dia de plantão a cada cinco dias. Para Gurman, Klein e Weksler (2012), essa alta incidência entre os anestesiologistas se deve adicionalmente à grande responsabilidade que é resguardar a vida de um paciente durante uma cirurgia.

No estudo de Torres *et al.* (2011) com 1.224 médicos egressos de uma faculdade de medicina brasileira, 66,1% relataram elevada satisfação profissional: 68% avaliaram positivamente sua qualidade de vida, 79% avaliaram da mesma forma sua saúde física e 85%, a sua saúde mental. Esses fatores se associaram positivamente entre si e com a participação frequente em congressos e eventos científicos, dedicação de tempo para lazer, alta renda, não fumar e praticar atividades físicas. Entretanto, 56,3% referiram médio, alto ou muito alto nível de estresse para lidar com mortes, 54,7% para lidar com pacientes graves, 27,7% na comunicação com o paciente e familiares e 31,1% para lidar com processos civis.

Popa *et al.* (2010), em amostra de 263 médicos emergencistas, constataram maior vulnerabilidade ao estresse profissional e taxas de *burnout* e depressão crescentes com o decorrer dos anos de atuação na área, associados à redução da qualidade de vida, à satisfação profissional e à qualidade do atendimento médico. Dentre as estratégias de enfretamento, destacaram-se o enfrentamento ativo, o desligamento comportamental e abuso de substâncias.

Entre 2.564 médicos neurologistas e neurocirurgiões que trabalham em centros de tratamento de acidentes vasculares encefálicos no Japão, Nishimura *et al.* (2014) detectaram que 41,1% estavam em esgotamento profissional, sendo que 21,8% eram casos severos. Os fatores de risco encontrados foram o número excessivo de horas de trabalho por semana, privação de sono, pouca experiência, sobrecarga de responsabilidade nessas situações emergenciais, insuficiência de equipe de saúde e baixa qualidade de saúde mental. Na pesquisa nacional com 783 neurocirurgiões estadunidenses realizada por McAbee *et al.* (2015), a taxa de síndrome de *burnout* foi ainda mais elevada (56,7%), sendo um fator intrinsicamente relacionado com a má prática médica. Entretanto, a taxa de satisfação com a carreira foi de 81,2%, demonstrando que o *burnout* pode ocorrer em episódios durante a carreira, e a satisfação permanece apesar disso. Os principais fatores negativos associados aos índices obtidos foram o desequilíbrio entre a vida profissional e pessoal, preocupação com a remuneração futura, não desempenhar atividade acadêmica e maior tempo de profissão.

Stafford e Judd (2009) entrevistaram 29 dos 37 médicos ginecologistas oncológicos praticantes na Austrália e detectaram que mais da metade deles está satisfeita com a carreira, porém mais de um terço está com exaustão emocional, sendo ambos os resultados maiores do que os encontrados em outras especialidades. Observou-se, entre os médicos em *burnout*, que eles estão mais propensos a abandonar a profissão, diminuir a carga horária de trabalho, aposentar-se e desenvolver doenças psiquiátricas. Sendo este último fator encontrado em 17,2% deles, sendo associado ao sacrifício pessoal em favor da profissão e também ao autodiagnostico e automedicação, contudo esse valor foi inferior ao encontrado em outras especialidades médicas, devido a maior satisfação profissional. Ao contrário do pressuposto, a

exposição constante ao sofrimento dos pacientes e a comunicação de más notícias comum à prática na área oncológica não foram associadas ao *burnout*. Fato também constatado por Balch *et al.* (2011) em um comparativo entre 407 cirurgiões oncologistas com outras 14 especialidades cirúrgicas. Ademais, observou-se que os primeiros apresentaram menor incidência de depressão e maior satisfação com a carreira. Entretanto, os cirurgiões oncologistas informaram maiores conflitos entre o trabalho e a vida pessoal, demonstrando maior desejo de dedicar mais tempo para a família. Os conflitos familiares devido ao trabalho foram relatados por 75% dos médicos no estudo de Aldrees *et al.* (2013).

Ainda conforme os mesmos autores, observou-se maior ingestão de bebidas alcoólicas, sendo que 72,4% ingerem semanalmente, e um terço faz o uso abusivo (mais de duas doses por dia). Chen *et al.* (2013) confirmaram esta prática de busca de alívio à pesada carga de trabalho, principalmente entre os médicos homens de Taiwan. Oliveira Júnior *et al.* (2013) também observaram que o risco de *burnout* entre residentes em anestesiologia foi maior entre os consumidores de bebidas alcoólica e tabagistas. Galán-Rodas *et al.* (2011) constataram que 22% das mulheres evidenciariam uso problemático contra 26% dos homens. Já Harms *et al.* (2005) verificaram a dependência de álcool na faixa de 7,3%.

Aldrees *et al.* (2013) concluíram que a prevalência de *burnout* entre 348 médicos de diversas especialidades de um hospital terciário da Arábia Saudita foi elevada (70%), afetando os mais jovens residentes ou no início da carreira, mulheres e solteiros. A taxa de exaustão emocional foi de 54%, a de despersonalização, 35%, e a de satisfação pessoal, 33%. As maiores porcentagens foram observadas entre ginecologistas-obstetras, médicos da família, anestesistas, intensivistas e pediatras; enquanto as menores foram entre os cardiologistas.

Radiologistas e radioterapeutas estão mais suscetíveis a uma reação desagradável, negativa e não adaptativa ao estresse (MAGNAVITA *ET AL.*, 2008). Em pesquisa com 136 radiologistas da Nova Zelândia, Lim e Pinto (2009) observaram que, em comparação aos médicos atuantes no serviço privado, os médicos do serviço público apresentavam maior taxa de estresse e *burnout* associada à insatisfação profissional. Conflitos com a demanda de tempo constituem a principal fonte de estresse no trabalho, afetando 59% dos radiologistas no serviço público, além da queixa de má remuneração por 38% deles e também pela maior proporção de pacientes hospitalares com doenças complexas e sérias. Quando o nível de estresse atinge um limiar clínico importante, passa a ser chamado de desordem relacionada ao estresse. Esse termo engloba várias condições clínicas, como neurastenia, transtorno do ajustamento, ansiedade e depressão. As doenças psiquiátricas acometeram 21% dos servidores público e 15% dos privados. Enquanto Magnavita e Fileni (2013) encontraram taxas ainda maiores, 43,7% com prováveis casos de ansiedade e 43,9% com casos de depressão.

## Saúde física

Conforme demonstrado no *quadro 2*, a saúde física dos médicos foi contemplada em 12 artigos, representando 21,05% dos 57 artigos analisados. A totalidade dos estudos sobre saúde física, bem como sobre saúde mental, foi editada em inglês, sendo que os países que mais realizaram publicações foram Estados Unidos (41,66%) e Reino Unido (25%). O ano com maior número de publicações sobre o tema, assim como sobre saúde mental, ocorreu em 2011 com 41,66%. A maioria (83,3%) dos estudos publicados foram estudos transversais. Dentro desse tipo de metodologia, os assuntos principais tratados naqueles que abordavam a saúde física foram acometimentos musculoesqueléticos (AUERBACH *ET AL.*, 2011; MEHRDAD; DENNERLEIN; MORDHESIZADEH, 2012; RUITENBURG; FRINGS-DRESEN; SLUITER, 2013; MOHSENI-BANDPEI *ET AL.*, 2011; LIANG *ET AL.*, 2013) e saúde oftalmológica (MRENA *ET AL.*, 2011; KRUPINSKI; BERBAUM, 2009).

Quadro 2. Características dos estudos incluídos na categoria temática saúde física

| Estudo (autores) | Ano | Periódico | País | Língua | Método | Definição sintética |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Auerbach *et al.* | 2011 | Spine | Estados Unidos | Inglês | Estudo transversal | Prevalência de acometimentos musculoesqueléticos em cirurgiões de coluna decorrente da má ergonomia. |
| Brennan *et al.* | 2011 | British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery | Estados Unidos | Inglês | Estudo hipotético | Elevação diretamente proporcional da testosterona sérica de cirurgiões de cabeça e pescoço de acordo com a complexidade do procedimento a ser realizado. |
| Beloyartseva *et al.* | 2012 | Archives of Osteoporosis | Reino Unido | Inglês | Estudo transversal | Comprova que 79% dos sujeitos indianos do estudo possuíam deficiência de vitamina D devido a longas jornadas de trabalho em ambientes sem exposição solar. |
| Krupinski; Berbaum | 2009 | Academic Radiology | Estados Unidos | Inglês | Estudo transversal | Trabalho na interface com *displays* digitais causando fadiga do nervo oculomotor. |
| Liang *et al.* | 2013 | PLoS One | Estados Unidos | Inglês | Estudo transversal | Acometimentos musculoesqueléticos frequentes em cirurgiões devido ao surgimento de técnicas cirúrgicas menos invasivas, porém ergonomicamente desfavoráveis. |
| Magnavita; Fileni | 2014 | Radiologia Médica | Itália | Inglês | Estudo transversal | Aumento dos níveis de HDL, triglicerídeos e gordura abdominal em radiologistas, decorrente do estresse ocupacional. |
| Mehrdad; Dennerlein; Morshedizadeh | 2012 | Archives of Iranian Medicine | Irã | Inglês | Estudo transversal | Relação das condições de trabalho com os riscos ergonômicos e os principais acometimentos musculoesqueléticos em clínicos. |
| Mohseni-Bandpei *et al.* | 2011 | Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics | Estados Unidos | Inglês | Estudo transversal | Influência da baixa satisfação com o trabalho no aumento do risco de lombalgia. |
| Mrena *et al.* | 2011 | Scandinavian Journal of Work, Environment & Health | Escandinávia | Inglês | Estudo transversal | Prevalência de opacidade do cristalino e catarata entre médicos finlandeses. |
| Peters *et al.* | 2011 | BMC Infectious Diseases | Reino Unido | Inglês | Revisão sistemática | Maior taxa de infecção de gastrenterologistas por *H. pylori*. |
| Rauchenzauner *et al.* | 2009 | European Heart Journal | Reino Unido | Inglês | Estudo transversal | Influência da jornada e condições de trabalho na saúde cardiovascular de médicos austríacos. |
| Ruitenburg; Frings-Dresen; Sluiter | 2013 | International Archives of Occupational and Environmental Health | Alemanha | Inglês | Estudo transversal | Relaciona os movimentos finos e a postura relativamente estática de cirurgiões com as queixas físicas e relacionadas ao trabalho. |

Fonte: Elaboração própria.

Para Rauchenzauner *et al.* (2009), as frequentes situações estressantes, o *deficit* das horas de sono e a desregulação do ciclo circadiano são causas da incidência de doenças cardiovasculares nesse grupo de profissionais. Antes das doenças cardiovasculares manifestarem seus sintomas, observou-se, após noites de plantão, o aumento da frequência cardíaca dos plantonistas, bem como elevação da pressão arterial, disritmias, alteração da secreção de catecolaminas, elevação do colesterol sérico, do ácido úrico e do potássio. O eletrocardiograma de 24h registrou maiores taxas de batimentos ventriculares prematuros em médicos durante o plantão. A monitorização da pressão durante 24h indicou aumento da pressão diastólica, aumento desta durante a noite e aumento da pressão sistólica durante os breves períodos de sono do plantão.

Segundo Magnavita e Fileni (2014), a literatura deixa bem clara a relação entre o estresse laboral e o risco de doenças cardiovasculares. Os radiologistas, aos quais o artigo volta seu foco, sofrem por intensa pressão ambiental que gera um prolongado estresse ocupacional e redução da satisfação com o emprego. Dos entrevistados, 41,9% relataram níveis anormais de HDL, e 11,3% tinham seus níveis de triglicerídeos aumentados. A obesidade abdominal atingiu 24% dos envolvidos, e daqueles que apresentavam três ou mais anomalias patológicas, 7,1% foram diagnosticados com síndrome metabólica.

Estudo realizado na Finlândia, por Mrena *et al.* (2011), foram pesquisados médicos expostos à radiação ionizante a prevalência de opacidade do cristalino e catarata. A grande maioria dos médicos do estudo eram radiologistas, e, do total, apenas 11% usavam óculos de proteção regularmente na rotina do trabalho. Algum grau de opacidade do cristalino foi encontrado em 42% dos médicos examinados. Além da opacidade do cristalino, radiologistas estão mais propensos a apresentar fadiga do nervo oculomotor, o que pode diminuir a acurácia do diagnóstico, segundo Krupinski e Berbaum (2009). De acordo com estes autores, a sobrecarga de trabalho aos olhos resulta em fadiga ocular, clinicamente conhecida como astenopia. O trabalho prolongado com displays digitais pode ainda levar à miopia nesses profissionais.

Os acometimentos musculoesqueléticos são muito mais comuns em cirurgiões do que em médicos clínicos, mas ainda assim chega a ser a queixa mais frequente entre os médicos de atenção primária em Guadalajara, México, acometendo 20% dos profissionais (BELTRÁN; MORENO, 2007).

Segundo Auerbach *et al.* (2011), cirurgiões de coluna trabalham por longas horas em cirurgias de ergonomia complexa. A prevalência de cervicalgia foi de 59% nos médicos entrevistados, um valor muito acima da prevalência na população geral, 20% aproximadamente. Hérnia de disco lombar e dorsalgia com radiculopatia foram relatados por 31% dos cirurgiões, dos quais 41% necessitaram se absentar do trabalho e 23% foram submetidos a tratamento cirúrgico. Outro tipo de dor e desconforto descrito por esses autores foi edema de membros inferiores e varizes (20%). Em comparação com médicos clínicos do hospital do estudo de Ruitenburg, Frings-Dresen e Sluiter (2013), cirurgiões realizam movimentos finos repetitivos 26 vezes mais tempo e ficavam 130% mais tempo de pé. Além disso, 73% dos cirurgiões estavam incomodados por trabalhar em posturas desconfortáveis e exaustivas.

Além das relações com as condições de trabalho e ergonomia gerando os sintomas físicos em cirurgiões, Mohseni-Bandpei *et al.* (2011) encontraram uma relação entre a baixa satisfação com o trabalho e o aumento do risco de lombalgia. Corroborando o fato, Aldrees *et al.* (2013) observaram que 65% dos médicos de sua

amostra da Arábia Saudita sofrem de dor nas costas, e, entre eles, a prevalência de *burnout* também foi mais elevada.

Segundo Mehrdad, Dennerlein e Morshedizadeh (2012), a principal queixa dos médicos em sua pesquisa foi de dor nos joelhos, seguida de lombalgia e cervicalgia. Grandes períodos em pé, sentados e o pescoço flexionado foram os riscos ergonômicos mais comuns relatados.

Para Liang *et al*. (2013), o aumento da incidência de dormência, dor e rigidez no pescoço, ombros, costas e pernas em cirurgiões urologistas está relacionado com o surgimento de técnicas cirúrgicas menos invasivas, mas ergonomicamente menos favoráveis.

Entre outras afecções da saúde do médico, constam na literatura: uma maior taxa de infecção de gastrenterologistas por *H. pylori* (PETERS *ET AL.*, 2011) e uma elevação diretamente proporcional da testosterona sérica de cirurgiões de cabeça e pescoço de acordo com a complexidade do procedimento (BRENNAN *ET AL.*, 2011).

Harms *et al*. (2005) abordam o fato de que apesar de médicos cirurgiões estarem em íntimo contato com o cuidado da saúde do próximo, deixam a desejar no cuidado da própria saúde. Em seu estudo, nem todos os cirurgiões acima de 50 anos pesquisados estavam em conformidade com os padrões preventivos básicos. Apenas 73% possuíam uma avaliação cardíaca de base, 81% dos homens receberam uma avaliação de próstata e 73% relataram ter uma colonoscopia. Uma deficiência orgânica que pode ser relatada é a de vitamina D em profissionais da saúde indianos (BELOYARTSEVA *ET AL.*, 2012).

## Conclusão

De acordo com os resultados desta revisão sistemática, foi possível apresentar um perfil da pesquisa brasileira e internacional sobre a saúde mental e física do profissional médico, identificando seus principais acometimentos patológicos.

Predominam artigos produzidos na língua inglesa, seguidos daqueles nas línguas portuguesa e espanhola respectivamente. Destacaram-se, no número de publicações, os Estados Unidos, Reino Unido e Brasil, nessa ordem. A maior frequência das publicações ocorreu em 2011, 2013 e 2014. Pesquisas transversais foram as mais frequentes no período considerado.

O número de artigos sobre a saúde mental dos médicos foi consideravelmente superior aos referentes à saúde física. No que diz respeito às doenças mentais, a mais abordada foi a síndrome do esgotamento profissional, seguida do abuso de substâncias e dos transtornos de humor (ansiedade e depressão). Entre os acometimentos físicos mais comumente relatados nos artigos, sobressaíram-se as doenças musculoesqueléticas e oftalmológicas.

Observou-se que o prejuízo da qualidade de vida do médico decorre de longas jornadas de trabalho em ambientes, na sua maioria, carentes de condições ideais de atuação, privação de sono e alta demanda emocional. Em contrapartida, foram observados fatores protetores, como a dedicação à prática acadêmica de ensino e pesquisa, o aprimoramento técnico e a dedicação de tempo ao lazer e atividades físicas. Também foi possível observar que o início da carreira médica, principalmente internato e residência, é o mais exaustivo e exigente da saúde mental e física dos médicos.

O comprometimento da qualidade de vida do médico e, consequentemente, do seu exercício profissional pode interferir de forma impactante na sociedade, principalmente mediante os possíveis erros médicos muitas vezes irreparáveis. Diante desse panorama, destaca-se a importância de medidas intervencionistas profiláticas

contra o adoecimento dos médicos por doenças relacionadas com o trabalho.

## Colaboradores

As autoras Ana Laura Lima Zitta e Mariana Evangelista Gracino contribuíram conjuntamente na definição do tema da pesquisa, elaboração da metodologia do projeto científico, seleção dos artigos por meio dos critérios de inclusão e exclusão e leitura dos resumos. Além disso, realizaram a leitura integral dos artigos selecionados individualmente e, posteriormente, discutiram entre si sobre eles. Após isso, elaboraram o artigo científico, com introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusão.

Os autores Ely Mitie Massuda e Otávio Celeste Mangili realizaram a orientação da delimitação temática quanto à relevância científica, auxiliaram na definição dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos e na escolha da base de dados. Ademais, conduziram a metodologia da síntese dos resultados e realizaram a revisão final do artigo. ■

## Referências

ALDREES, T. M. *et al*. Physician well-being: prevalence of burnout and associated risk factors in a tertiary hospital, Riyadh, Saudi Arabia. *Ann Saudi Med,* Riade, n. 33, v. 5, p. 451-456, 2013.

ARIGONI, F. *et al*. Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: who are most at risk? *Support Care Cancer*, Berlim, n. 17, p. 75-81, 2009.

ASAIAG, P. E. *et al*. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e burnout em Médicos Residentes. *Rev Bras Educ Med*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 422-429, 2010.

ASSUNÇÃO, Á. *et al*. Working conditions and common mental disorders in physicians in Brazil. *Occupational Medicine,* Oxford, v. 63, n. 3, p. 234-237, 2013.

AUERBACH, J. D. *et al*. Musculoskeletal disorders among spine surgeons. *Spine (Phila Pa 1976)*, Hagerstown, v. 36, n. 26, p. 1715-1721, 2011.

BALCH, C. M. *et al*. Burnout and career satisfaction among surgical oncologists compared with other surgical specialties. *Ann Surg Oncol,* Nova York, v. 18, n. 1, p. 16-25, 2011.

BELLIENI, C. V. *et al*. Assessing burnout among neonatologists. *J Matern Fetal Neonatal Med,* Boca Raton, v. 25, n. 10, p. 2130-2134, 2012.

BELOYARTSEVA, M. *et al*. Widespread vitamin D deficiency among Indian health care professionals. *Arch Osteoporos*, Londres, n. 7, p. 187-192, 2012.

BELTRÁN, C. A.; MORENO, M. P. Factores psicosociales asociados a patologías laborales en médicos de nivel primario de atención en Guadalajara, México. *Rev Med Urug (Montev)*, Montevidéu, v. 23, n. 4, p. 251-259, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho:* manual de procedimentos para os serviços de saúde.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRENNAN, P. A. *et al*. Serum testosterone levels in surgeons during major head and neck cancer surgery: a suppositional study. *Br J Oral Maxillofac Surg*, Edimburgo, v. 49, n. 3, p. 190-193, 2011.

BROWN, S. D.; GOSKE, M. J.; JOHNSON, C. M. Beyond substance abuse: stress, burnout, and depression as causes of physician impairment and disruptive behavior. *J Am Coll Radiol,* Nova York, v. 6, n. 7, p. 479-485, 2009.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. V. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde debate,* Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, 2013.

CHEN, K. *et al*. Burnout, job satisfaction, and medical malpractice among physicians. *Int J Med Sci*, Austrália, v. 10, n. 11, p. 1471-1478, 2013.

DEWA, C. S. *et al*. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*, Londres, v. 14, n. 325, p. 1-10, 2014.

DYRBYE, L. N. *et al*. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*, Filadélfia, v. 89, n. 3, p. 443-451, 2014.

DYRBYE, L. N. *et al*. Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clin Proc,* Rochester, v. 88, n. 12, p. 1358-1367, 2013.

ESCRIBÀ-AGÜIR, V.; ARTAZCOZ, L.; PÉREZ-HOYOS, S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit*, Barcelona, v. 22, n. 4, p. 300-308, 2008.

FOGAÇA, M. C.; CARVALHO, W. B.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. *Rev Esc Enferm USP,* São Paulo, v. 44, n. 3, p. 708-712, 2010.

GALÁN-RODAS, E. *et al*. Salud mental en médicos que realizan el servicio rural, urbano-marginal en salud en el Perú: un estudio de línea base. *Rev Peru Med Exp Salud Publica,* Lima, v. 28, n. 2, p. 277-281, 2011.

GANDER, P. *et al*. A gender-based analysis of work patterns, fatigue, and work/life balance among physicians in postgraduate training. *Acad Med*, Filadélfia, v. 85, n. 9, p. 1525-1536, 2010.

GARCIA, T. T. *et al*. Prevalence of burnout in pediatric intensivists: an observational comparison with general pediatricians. *Pediatr Crit Care Med,* Baltimore, v. 15, n. 8, p. 347-353, 2014.

GURMAN, G. M.; KLEIN, M.; WEKSLER, N. Professional stress in anesthesiology: a review. *J Clin Monit Comput,* Dordrecht, v. 26, n. 4, p. 329-335, 2012.

HARMS, B. A. *et al*. A 25-year single institution analysis of health, practice, and fate of general surgeons. *Ann Surg*, Filadélfia, v. 242, n. 4, p. 520-529, 2005.

JUNKES, M.; PESSOA, V. F. Gasto financeiro ocasionado pelos atestados médicos de profissionais da saúde em hospitais públicos no Estado de Rondônia, Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem,* São Paulo, v. 18, n. 3, p. 406-412, 2010.

KRUPINSKI, E. A.; BERBAUM, K. S. Measurement of visual strain in radiologists. *Acad Radiol,* Reston, v. 16, n. 8, p. 947-950, 2009.

LEE, R. T. *et al*. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Hum Resour Health*, Londres, v. 11, n. 48, p. 1-16, 2013.

LEITER, M. P.; FRANK, E.; MATHESON, T. J. Demands, values, and burnout. *Can Fam Physician,* Maryland, v. 55, n. 12, p. 1224-1225, 2009.

LIANG, B. *et al*. Ergonomic status of laparoscopic urologic surgery: survey results from 241 urologic surgeons in China. *PLoS One,* São Francisco, v. 8, n. 7, 2013.

LIM, R. C. H.; PINTO, C. Work stress, satisfaction and

burnout in New Zealand radiologists: Comparison of public hospital and private practice in New Zealand. *J Med Imaging Radiat Oncol,* Carlton, v. 53, n. 2, p. 194-199, 2009.

LIU, L. *et al.* The mediating role of psychological capital on the association between occupational stress and depressive symptoms among Chinese physicians: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, Londres, v. 12, n. 219, 2012.

LOVSETH, L. T. *et al.* Associations between confidentiality requirements, support seeking and burnout among university hospital hhysicians in Norway, Sweden, Iceland and Italy (the HOUPE study). *Stress Health*, Chichester, v. 29, n. 5, p. 432-437, 2013.

MAGNAVITA, N.; FILENI, A. Association of work-related stress with depression and anxiety in radiologists. *Radiol Med,* Torino, v. 119, n. 5, p. 359-366, 2013.

_____. Work stress and metabolic syndrome in radiologists: first evidence. *Radiol Med,* Torino, v. 119, n. 2, p. 142-148, 2014.

MAGNAVITA, N. *et al.* Work stress in radiologists: a pilot study. *Radiol Med,* Torino, v. 113, n. 3, p. 329-346, 2008.

MCABEE, J. H. *et al.* Factors associated with career satisfaction and burnout among US neurosurgeons: results of a nationwide survey. *J Neurosurg Spine*, Charlottesville, v. 123, n. 1, p. 1-13. 2015.

MEHRDAD, R.; DENNERLEIN, J. T.; MORSHEDIZADEH, M. Musculoskeletal disorders and ergonomic hazards among iranian physicians. *Arch Iran Med*, Teerã, v. 15, n. 6, p. 1715-1721, 2012.

MENDONÇA, V. L. G.; COELHO, J. A. P. M.; JÚCA, M. J. Síndrome de burnout em médicos docentes de uma instituição pública. *Psicologia em Pesquisa – UFJF*, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p. 90-100, 2012.

MISIOŁEK, A. *et al.* The prevalence of burnout syndrome in Polish anaesthesiologists. *Anaesthesiol Intensive Ther,* Varsóvia, v. 46, n. 3, p. 155-161, 2014.

MOHSENI-BANDPEI, M. A. *et al.* Prevalence and risk factors associated with low back pain in iranian surgeons. *J Manipulative Physiol Ther,* Lombard, v. 34, n. 6, p. 362-370, 2011.

MRENA, S. *et al.* Lens opacities among physicians occupationally exposed to ionizing radiation – a pilot study in Finland. *Scand J Work Environ Health,* Helsínquia, v. 37, n. 3, p. 237-243, 2011.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L. *et al.* Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. *Rev Assoc Med Bras*, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 97-102, 2006.

NISHIMURA, K. *et al.* Cross-sectional survey of workload and burnout among japanese physicians working in stroke care – the nationwide survey of acute stroke care capacity for proper designation of comprehensive stroke center in Japan (J-Aspect) study. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, Hagerstown, v. 7, n. 3, p. 414-422, 2014.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. *Rev Bras Med Trab,* São Paulo, v. 1, n. 1, p. 56-68, 2003.

OLIVEIRA JÚNIOR, G. S. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards: a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg*, Cleveland, v. 117, n. 1, p. 182-193, 2013.

OPOKU, S. T.; APENTENG, B. A. Career satisfaction and burnout among Ghanaian physicians. *Int Health*, Oxford, v. 6, n. 1, p. 54-61, 2014.

PETERS, C. *et al.* The occupational risk of Helicobacter pylori infection among gastroenterologists and their assistants. *BMC Infectious Diseases*, Londres, v. 11, n. 154, 2011.

PICARD, J. *et al.* Burnout, empathy and their relationships: a qualitative study with residents in General Medicine. *Psychol Health Med*, Abingdon, v. 21, n. 3, p. 354-361, 2015.

PIERANTONI, C. R. *et al*. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 637-647, 2015.

PISTELLI, Y. *et al*. Síndrome de desgaste profesional en médicos pediatras – análisis bivariado y multivariado. *Arch Argent Pediatr,* Buenos Aires, v. 109, n. 2, p. 129-134, 2011.

POPA, F. *et al*. Occupational burnout levels in emergency medicine – a stage 2 nationwide study and analysis. *J Med Life*, Bucareste, v. 3, n. 4, p. 449-453, 2010.

RAUCHENZAUNER, M. *et al*. Arrhythmias and increased neuro-endocrine stress response during physicians' night shifts: a randomized cross-over trial. *Eur Heart J,* Londres, v. 30, p. 2606-2613, 2009.

ROTH, M. *et al*. Career burnout among pediatric oncologists. *Pediatr Blood Cancer*, Hoboken, v. 57, p. 1168-1173, 2011.

RUBIN, R. Recent suicides highlight need to address depression in medical students and residents. *JAMA*, Chicago, v. 312, n. 17, p. 1725-1727, 2014

RUITENBURG, M. M.; FRINGS-DRESEN, M. H. W.; SLUITER, J. K. Physical job demands and related health complaints among surgeons. *Int Arch Occup Environ Health,* Berlim, v. 86, p. 271-279, 2013.

SERRALHEIRO, F. C. *et al*. Prevalência da síndrome de burnout em anestesiologistas de instituição de ensino superior em medicina. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde,* Santo André, v. 36, n. 3, p. 140-143, 2011.

SHANAFELT, T. D. *et al*. Suicidal ideation among american surgeons. *Arch Surg*, Chicago, v. 146, n. 1, p. 54-62, 2011.

STAFFORD, L.; JUDD, F. Mental health and occupational wellbeing of Australian gynaecologic oncologists. *Gynecol Oncol,* Nova York, v. 116, n. 2010, p. 526-532, 2010.

TAFT, T. H.; KEEFER, L.; KESWANI, R. N. Friends, alcohol, and a higher power – an analysis of adaptive and maladaptive coping strategies among gastroenterologists. *J Clin Gastroenterol*, Nova York, v. 45, n. 8, p. 76-81, 2011.

TOMIOKA, K. *et al*. Working hours, occupational stress and depression among physicians. *Occupational Medicine,* Oxford, v. 61, n.3, p. 163-170, 2011.

TORRES, A. R. *et al*. Qualidade de vida e saúde física e mental de médicos: uma autoavaliação por egressos da faculdade de medicina de Botucatu – Unesp. *Rev Bras Epidemiol,* São Paulo, v. 14, n. 2, p. 264-275, 2011.

WADA, K. *et al*. National survey of the association of depressive symptoms with the number of off duty and on- call, and sleep hours among physicians working in Japanese hospitals: a cross sectional study. *BMC Public Health,* Oxford, v. 10, n. 127, 2010.

WANG, J. *et al*. Prevalence and associated factors of depressive symptoms among Chinese doctors: a cross-sectional survey. *Int Arch Occup Environ Health*, Belim, v. 83, n. 3, p. 905-911, 2010.

Recebido para publicação em março de 2016
Versão final em junho de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: bolsa pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Probic) pelo Centro Universitário de Maringá (Unicesumar), nº do processo: 83702

# Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada

*Access and equity in health services: a structured review*

Fernando Passos Cupertino de Barros[1], Jéssica de Souza Lopes[2], Ana Valéria Machado Mendonça[3], Maria Fátima de Sousa[4]

**RESUMO** Artigo de revisão de literatura sobre a organização de serviços da Atenção Primária à Saúde em suas dimensões de acesso e equidade. Os artigos foram identificados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – Bireme). Palavras-chave: 'acesso aos serviços de saúde' e 'equidade'; período: 1993 a 2013. Dos 31 artigos encontrados, 29 estão em português, um em inglês e um em espanhol, publicados por 16 diferentes periódicos; 18 artigos (58,06%) referem-se à organização de serviços de saúde e 13 (41,94%) à equidade. A maioria (80,64%) utilizou abordagem qualitativa. Mais estudos são necessários a fim de avaliar se os sistemas de saúde tiveram impactos mensuráveis em termos de acesso e equidade.

**PALAVRAS-CHAVE** Acesso aos serviços de saúde. Equidade. Atenção Primária à Saúde.

**ABSTRACT** *Literature review article on the organization of Primary Health Care services in its dimensions of access and equity. The articles were identified in the databases of the Virtual Health Library (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – Bireme); Keywords: 'access to health services' and 'equity'; period: 1993 to 2013. Of the 31 articles found, 29 are in portuguese, one in english and one in spanish, published by 16 different journals; 18 articles (58.06 %) refer to the organization of health services and 13 (41.94 %) to equity. The majority (80.64 %) used qualitative approach. More studies are needed in order to assess whether health systems had measurable impacts in terms of access and equity.*

**KEYWORDS** *Access to health services. Equity. Primary Health Care.*

[1] Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
*fernandocupertino@gmail.com*

[2] Universidade de Brasília (UnB), Núcleo de Estudos em Saúde Pública (Nesp) – Brasília (DF), Brasil.
*jessicalopes.scunb@gmail.com*

[3] Universidade de Brasília (UnB), Núcleo de Estudos em Saúde Pública (Nesp) – Brasília (DF), Brasil.
*valeriamendonca@unb.br*

[4] Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
*fatimasousa@unb.br*

 DOI: 10.1590/0103-1104201611020

# Introdução

Acesso a serviços de saúde e equidade estão profundamente relacionados à capacidade de os sistemas de saúde se organizarem de modo a responder adequadamente às necessidades dos cidadãos. Starfield (2002) distingue acessibilidade de acesso. A primeira refere-se às características da oferta; já o segundo relaciona-se à forma pela qual as pessoas percebem a acessibilidade. Outros autores, como Travassos e Martins (2004), também apontam que a forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta a decisão de procurá-los, sendo que essa percepção é influenciada pela experiência passada com os serviços de saúde.

Goddard e Smith (2001) destacam o fato de que a disponibilidade de serviços pode também não ser do conhecimento de todos, e que diferentes grupos populacionais variam no grau de informação que possuem sobre os serviços a eles disponíveis. Desse modo, a experiência com os serviços e as informações que deles se dispõem influenciam a forma como as pessoas percebem as dificuldades/facilidades para obterem os serviços de saúde de que necessitam e, consequentemente, o acesso a eles (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A efetiva implementação de redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), com centralidade na Atenção Básica, permite a ampliação do acesso e o uso regular de serviços de saúde com equidade. Considerando o direito universal à saúde, a redução das desigualdades deve ser política pública prioritária e pressupõe a garantia de acesso à rede ambulatorial e domiciliar com financiamento adequado, regulamentação e capacitação nos seus vários níveis de complexidade, ajustados às necessidades dos cidadãos, especialmente aqueles em maior situação de vulnerabilidade, tanto na rede pública quanto na rede privada (LOUVISON *ET AL.*2008).

Diferentes estudiosos, como Sousa e Parreira (2010), Gil (2006) e Conill (2008), no Brasil, e, ainda, Tchouaket *et al.* (2012), no Canadá, têm destacado a importância de se fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) para melhores resultados nos níveis de saúde da população e para que se tenha sistemas de saúde com melhor organização e desempenho. Entretanto, como bem destaca Starfield (2002), nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde alicerçados fortemente na atenção primária, a despeito das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A OMS, em 1978, por ocasião da Conferência de Alma-Ata, expressou alguns valores que orientam a base conceitual dos cuidados primários de saúde afirmando: (1) que a saúde é um direito humano fundamental, e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde; (2) que a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável; (3) que esses cuidados primários fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978).

Starfield (2002) enuncia as principais funções da APS, destacando a de constituir-se em porta de entrada do serviço, de modo a ser acessível à população, configurando-se como o primeiro recurso a ser buscado; a de assegurar a continuidade do cuidado e a de exercer a coordenação do cuidado, ainda que

parte dele deva ser obtido em outros níveis de atendimento.

O presente trabalho tem por objetivo conhecer os estudos já realizados sobre o binômio acesso aos serviços de saúde e equidade, buscando artigos já publicados em países selecionados e que constituem, em sua maioria, a base para o trabalho intitulado 'Da política institucional aos processos do cuidar: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas equipes do Programa Saúde da Família-PSF no Brasil e seus similares em Cuba, Canadá, Chile, Peru, Venezuela, Portugal e Colômbia'.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de revisão estruturada da literatura científica com o objetivo de buscar os estudos realizados sobre acesso aos serviços de saúde e equidade, através de artigos publicados em diferentes países da Europa e das Américas. Alavi e Carlson (1992) registram que a revisão de literatura constitui-se em estudo teórico ilustrativo, uma vez que busca compreender as pesquisas que funcionam como guia prático.

Lembram Marconi e Lakatos (1999) que a finalidade da pesquisa bibliográfica é a de colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre um determinado assunto. Portanto, ela não é uma mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre um determinado assunto, mas oferece a possibilidade de examinar um tema sob uma nova abordagem, o que pode trazer conclusões inovadoras.

O percurso metodológico consistiu em realizar uma revisão de literatura sobre acesso aos serviços de saúde e equidade em saúde, com artigos científicos publicados no período de 1993 a 2013, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme). A Biblioteca inclui várias bases de dados, como, por exemplo, a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Foram excluídos os artigos que não tiveram adequação ao tema, respeitando-se os critérios de inclusão, conforme apresentados a seguir.

Os critérios de inclusão foram estabelecidos com base em dois descritores que já existem na BVS: acesso aos serviços de saúde e equidade. Todas as publicações selecionadas são artigos científicos nos idiomas inglês, português ou espanhol que tenham como assunto principal 'Acesso aos serviços de saúde' e 'Equidade em saúde'.

Na estratégia de busca, o tema foi delimitado por meio dos critérios de inclusão, respeitando-os rigorosamente e inserindo como primeiro filtro os artigos disponíveis por completo. No país/região como assunto, foram selecionados os seguintes países: Brasil, Canadá, Cuba, Chile, Colômbia, Peru, Portugal, Venezuela e Espanha. Seguiu-se a ordem da filtragem: texto completo (disponível); assunto principal (acesso aos serviços de saúde e equidade em saúde); tipo de documento (artigo); idioma (português, inglês e espanhol); país/região como assunto (Brasil, Canadá, Cuba, Chile, Colômbia, Peru, Portugal, Venezuela e Espanha) e ano de publicação (1993 a 2013).

Quando colocados os descritores na BVS (acesso aos serviços de saúde; equidade), foram encontrados 320 estudos. Após o primeiro filtro (texto completo disponível), foram reduzidos a 192 estudos. Ao buscar os assuntos principais, o número reduziu-se a 127. Posteriormente, quando se inseriu o filtro 'país como assunto', tivemos 59 estudos. Os artigos encontravam-se nos idiomas inglês, português ou espanhol, conforme critérios já estabelecidos. Com o filtro que seleciona o período de publicações escolhido, entre os anos de 1993 e 2013, foram obtidos 53 estudos. Por último, ao selecionar-se o tipo de documento (artigos científicos), o número foi reduzido a 39. Destes, restaram 31 artigos, que se enquadravam em todos os

critérios que haviam sido definidos anteriormente ao começo da pesquisa.

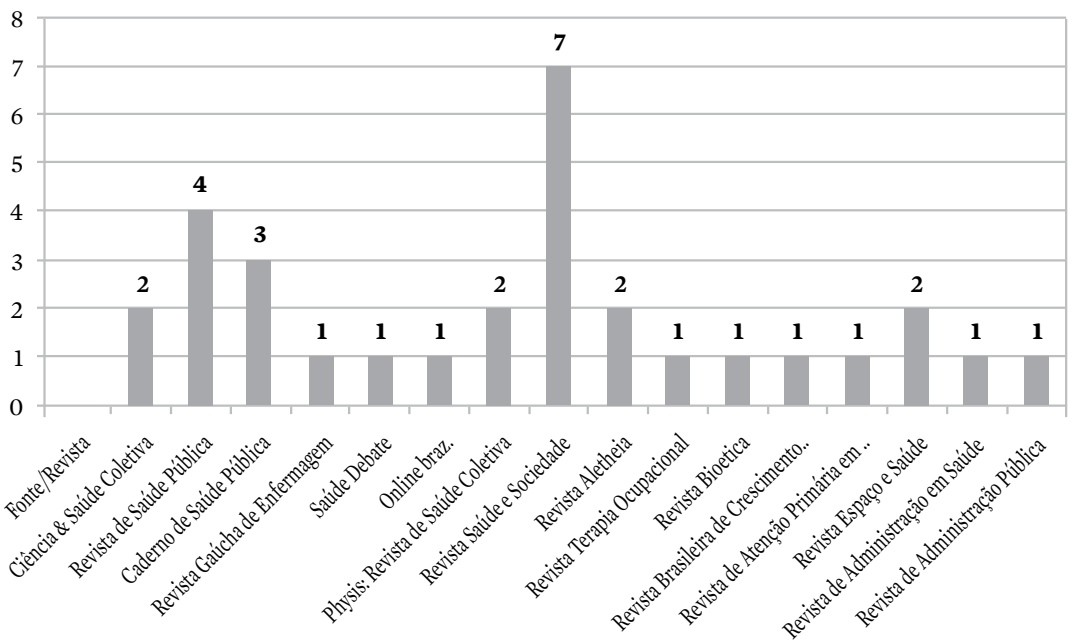
Os artigos foram lidos ao longo de três meses e agrupados numa tabela Excel, constando título, ano, fonte, base, autor, idioma, tema, metodologia e resumo, referentes aos artigos encontrados nas bases já citadas. Finalmente, buscou-se identificar a natureza e a origem dessa produção. O referido projeto de pesquisa foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (FS), sob número 084/2012.

## Resultados e discussões

Quanto à natureza, foram encontrados 24 (77,4%) estudos qualitativos; dois quantitativos; dois qualiquantitativos; uma pesquisa avaliativa; um estudo etnográfico; e um estudo de casos múltiplos holístico, de abordagem qualitativa, num total de 31 trabalhos. A quase totalidade encontra-se em português (29), e apenas um em inglês e um em espanhol. A distribuição dos artigos por periódico de publicação encontra-se no *gráfico 1*, num total de 16 diferentes revistas científicas.

A pesquisa qualitativa é traduzida por aquilo que não pode ser mensurável, pois a realidade e o sujeito são elementos indissociáveis. Assim sendo, quando se trata do sujeito, levam-se em consideração seus traços subjetivos e suas particularidades. Tais pormenores não podem ser traduzidos em números quantificáveis, com bem ensina Minayo (2006).

Gráfico 1. Distribuição dos artigos por periódico de publicação



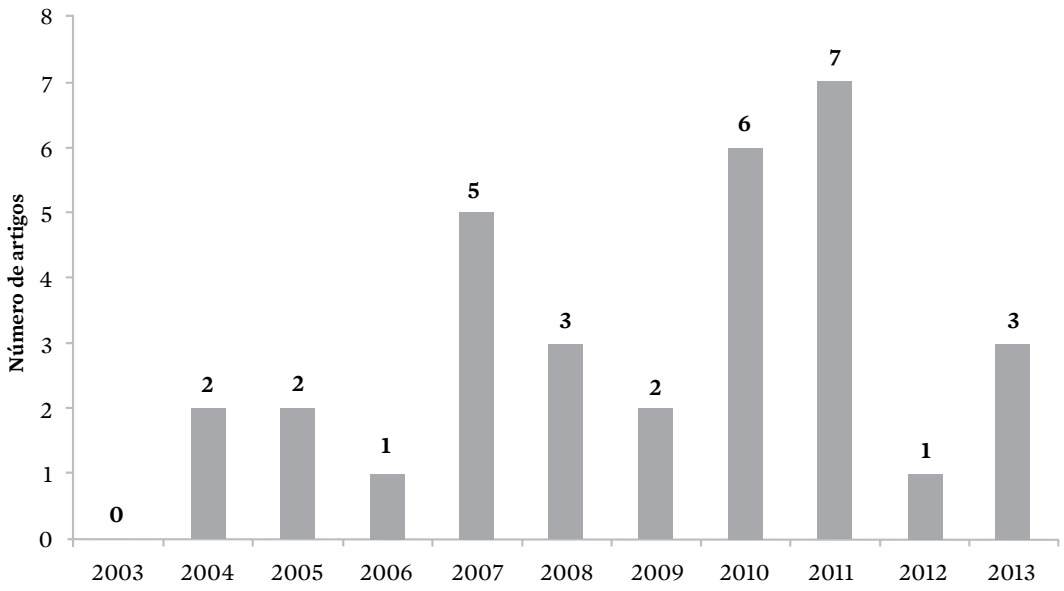

Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao eixo temático, encontrou-se um total de 18 (58,06%) artigos nitidamente relacionados à organização de serviços de saúde e 13 (41,94%) voltados ao tema da equidade. Não houve artigos que abordassem conjuntamente os temas 'acesso' e 'equidade', nem o tema 'acesso' isoladamente. Entre os primeiros, predominam os seguintes assuntos: saúde bucal; organização da atenção a pacientes crônicos; modo de funcionamento das equipes e de unidades de saúde da família. Já nos últimos estão presentes os temas relativos a raça, gênero e idosos, sobretudo quanto às práticas de saúde com essas populações específicas.

Percebe-se que predominam abordagens pontuais sobre experiências isoladas, distribuídas em diferentes temas que enfocam as questões de acesso e equidade numa perspectiva local, seja em modos de organização de serviços, seja com relação a práticas de saúde direcionadas a populações individualizadas ou vulneráveis.

A distribuição dos artigos por ano de publicação encontra-se no *gráfico 2* e demonstrou que os anos de 2007, 2010 e 2011 foram os mais pródigos na produção de artigos sobre os temas em estudo.

Gráfico 2. Distribuição dos artigos por ano de publicação ição dos artigos por periódico de publicação




Fonte: Elaboração própria.

Percebe-se que no universo dos artigos analisados, há uma manifesta preocupação com aspectos relativos à equidade (41,94% do total de publicações analisadas). Há de se observar que a equidade, ainda que citada com frequência entre os princípios ou diretrizes do SUS, a rigor, não tem, pelo menos de forma explícita, a mesma estatura jurídica dos demais (universalidade, integralidade, descentralização, participação social), como destacam Piola *et al.* (2009). Apesar disso, cada vez mais a preocupação

com a equidade encontra-se presente no pensamento sanitário brasileiro.

Nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde de 1992, 1996 e 2000, por exemplo, a utilização do termo 'equidade', ou equivalente, é crescente. No relatório da IX Conferência (1992), aparece quatro vezes; no da X Conferência (1996), 14 vezes; e na XI Conferência (2000), 32 vezes (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2009). Já no documento orientador para os debates da XIV Conferência, a preocupação com a equidade é o primeiro dos cinco tópicos propostos e intitula-se 'Avanços e desafios para a garantia do acesso e do acolhimento com qualidade e equidade' (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2011).

No Brasil, há uma multiplicidade de entendimentos acerca do que é equidade em saúde, como atestam os trabalhos de Paim (2006); Granja, Zoboli e Fracolli (2013); Luiz (2005); Lucchese (2003) e Travassos e Castro (2012). Lembra Escorel (2001) que, em geral, o princípio da equidade tem sido operacionalizado em duas principais dimensões: condições de saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde. No âmbito das condições de saúde, é analisada a distribuição dos riscos de adoecer e morrer em grupos populacionais. Embora variações biológicas, como sexo e idade, determinem diferenças de morbidade e mortalidade, a maior parte das condições de saúde é socialmente determinada e não decorre de variações naturais ou de livres escolhas pessoais por estilos de vida mais ou menos saudáveis. Os pobres, grupo social e economicamente vulnerável, pagam o maior tributo em termos de saúde, acumulando a carga de maior frequência de distribuição de doenças, sejam elas de origem infecciosa, crônico-degenerativas ou, ainda, as originadas de causas externas.

## Conclusão

A produção científica encontrada nesta revisão, no que se refere aos trabalhos brasileiros, atesta que predominam temas locais que se, por um lado, podem ter validade como experiências exitosas, por outro, não se traduzem como prática homogênea no conjunto do sistema de saúde. Além disso, não enfocam os temas acesso e equidade conjuntamente, numa perspectiva sistêmica. Assim, importa aprofundar os estudos sobre acesso a serviços de saúde correlacionando-o à dimensão da equidade, pois os dois aspectos possuem íntima relação que importa decisivamente para a garantia da oferta de ações e serviços de saúde adequados, oportunos e capazes de responder às necessidades e expectativas dos cidadãos. É preciso, ainda, insistir sobre a necessidade de se analisar as dimensões conexas do acesso e da equidade numa perspectiva global, ou seja, de como tem sido ou não possível para o SUS, no seu todo, avançar nesses dois aspectos e produzir impactos mensuráveis. ■

## Referências


ALAVI, M.; CARLSON, P. A review of MIS research and disciplinary development. *Journal of Management Information Systems*, [s.l.] p. 45-62, 1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 14., nov./dez. 2011, Brasília. *Documento orientador para os debates*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/doc_orientador.html>. Acesso em: 12 jun. 2014.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl.1, p. s7-s16, 2008.

ESCOREL, S. *Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais*. Brasília, DF: OPAS, 2001. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2014.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GODDARD, M.; SMITH, P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 53, n. 9, p. 1149-1162, nov. 2001.

GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, L. A. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3759-3764, 2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Técnicas de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LOUVISON, M. C. P. *et al*. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, v. 42, n. 4, p. 733-740, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6846.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2016.

LUCCHESE, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

LUIZ, O. C. Direitos e equidade: princípios éticos para a saúde. *Arq. méd. ABC*., Santo André, v. 30, n. 2, p. 69-75, 2005.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MINAYO, M. C. *O Desafio do Conhecimento:* Pesquisa Qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Carta da Conferência de Alma-Ata, 1978*. Disponível em: <http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>. Acesso em: 23 maio 2015.

PAIM, J. S. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. *Saúde e Soc*., São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.

PIOLA, S. F. *et al*. *Saúde no Brasil:* algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). 2009. (Textos para Discussão, 139). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1391.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, 2005.

SOUSA, M. F. *Programa de Saúde da Família no Brasil* – análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília, DF: Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007. 250 p.

SOUSA, M. F.; PARREIRA, C. M. F. Ambientes verdes e saudáveis: formação dos agentes comunitários de saúde na Cidade de São Paulo, Brasil. *Rev. Panam. Salud Públ.,* Washington, DC, v. 28, n. 5, p. 399-404, 2010.

SOUSA, M. F. *et al*. Gestão da Atenção básica: redefinindo contexto e possibilidade. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 21, p. 7-14, 2000.

STARFIELD, B. *Atenção primária:* equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgibin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1>. Acesso em: 14 jun. 2014.

TCHOUAKET, E. *et al*. Health care systems performance of 27 OCDE contries. *Int J Health PlannMgmt*, Chichester, 2012.

TRAVASSOS, C.; CASTRO; M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al*. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 2, p. S190-S198, 2004.

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

# **GHEORGHIU, M. D.; MOATTY, F.** *L'hôpital en mouvement:* changements organisationnels et conditions de travail. Rueil-Malmaison: Éditions Liaisons, 2013.

Edemilson Antunes de Campos[1]

Em um momento em que o Brasil passa por uma grave crise política e econômica, que ameaça o Sistema Único de Saúde (SUS), consagrado na Constituição de 1988, é fundamental a leitura do livro 'L'hôpital en mouvement', dos sociólogos Mihäi Dinu Gheorghiu e Fréderic Moatty, ambos pesquisadores do Centre d'Études de L'Emploi do Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) na França.

Trata-se de um livro de fôlego escrito em meio às transformações do sistema de saúde francês, que culminaram na promulgação da Lei 2009.879, de 21 de julho de 2009 – Lei Hospital, Pacientes, Saúde e Territórios, também conhecida como Lei Bachelot –, cujo objetivo é promover uma reforma de ordem econômica, organizacional e profissional na rede hospitalar francesa.

De posse de um arsenal teórico e metodológico, no qual utilizam dados estatísticos e entrevistas, os autores empreendem uma análise sociológica das transformações no sistema hospitalar público francês, operadas pela Lei Bachelot, com ênfase em seu impacto nas relações de trabalho, na gestão e na qualidade da assistência aos usuários do sistema de saúde.

Conscientes da importância do papel desempenhado pela instituição hospitalar seja em suas relações com a comunidade, seja pela autonomia adquirida desde os tempos da revolução francesa, seja pela formação de quadros profissionais no campo da saúde, os autores realizam uma análise profunda com um objetivo claro:

> analisar, de um lado, a evolução da instituição hospitalar e, de outro, as transformações no mundo do trabalho, dos gestores, dos médicos e dos profissionais de enfermagem. (P. 17).

Assim, para além da razão econômica, que move as mudanças organizacionais do sistema hospitalar, os autores utilizam a imaginação sociológica para apontar suas consequências sobre o trabalho e o emprego, tais como: o "absenteísmo", as "horas de trabalho suplementares", a "flexibilidade", a "rotatividade profissional", a "iatrogenia" na relação entre profissionais e os usuários do sistema de saúde e o "aumento de acidentes de trabalho" (p. 18, 19).

A obra é dividida em quatro partes: na primeira, os autores apresentam o hospital como uma instituição em movimento e em constante transformação e, a partir de uma reconstituição histórica, exibem os desafios atuais colocados pelas reformas realizadas no sistema de saúde francês; na segunda, as reformas são apresentadas a partir da opinião dos gestores, que ressaltam as mudanças na gestão financeira dos hospitais; na terceira, os autores se dedicam a analisar o processo de trabalho no interior do hospital, com ênfase no significado do trabalho em equipe e no espírito de corpo profissional;

[1] Universidade de São Paulo (USP), Escola de Artes, Ciências e Humanidades – São Paulo (SP), Brasil
*edicampos@usp.br*

 DOI: 10.1590/0103-1104201611021

e na quarta e última parte, a obra aborda as questões do emprego, das profissões e do trabalho no contexto das transformações organizacionais promovidas no sistema de saúde.

Para os leitores brasileiros, essa obra pode iluminar certas particularidades vivenciadas no sistema de saúde do País, sobretudo, se for considerado que o SUS, que tem como princípios a integralidade, a universalidade e a equidade, convive com o avanço, cada vez mais frequente, da terceirização dos serviços de saúde. Exemplo disso é o que se passa no estado de São Paulo, onde, por meio da Lei Complementar nº 846, de 04 de junho de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências, as Organizações Sociais em Saúde (OSS) passaram a gerenciar os hospitais e os equipamentos públicos de saúde, principalmente, na região metropolitana do município de São Paulo.

Outro aspecto que torna relevante a leitura desse livro diz respeito à Política Nacional de Humanização (PNH) que, desde 2003, tem por objetivo efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de gestão e fomentar trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e para a produção de sujeitos (BRASIL, 2004, 2008).

A PNH define a humanização em saúde como um conjunto de princípios e diretrizes que afirmam a valorização das relações entre os diferentes sujeitos que fazem parte do processo de cuidar – usuários, profissionais de saúde e gestores. Assim, seus princípios são: a inseparabilidade entre os modos de gestão e atenção, a transversalidade nas práticas de cuidados, a autonomia e a corresponsabilidade entre os sujeitos implicados no processo de gerir e cuidar da saúde. Já as diretrizes que orientam a PNH são: clínica ampliada, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, fomento das grupalidades, coletivos e redes e construção da memória do SUS que dá certo (BRASIL, 2008).

Nesse cenário, cabe perguntar até que ponto a terceirização da assistência à saúde e da gestão hospitalar pode comprometer as diretrizes da PNH, sobretudo, no que se refere à relação entre gestão e atenção à saúde, bem como à valorização do trabalho e do trabalhador da saúde.

Nessa obra, os autores dão pistas que podem esclarecer essas questões, quando avaliam o impacto das reformas no sistema hospitalar francês, com ênfase na sustentabilidade dos profissionais de saúde. Assim, as mudanças organizacionais são analisadas a partir de seu impacto nas condições de trabalho, de maneira que os efetivos profissionais devem ser adaptados à demanda e à sua variabilidade. Algo que lembra muito a realidade vivida nas unidades de saúde terceirizadas, nas quais os profissionais de saúde devem notificar os procedimentos executados, com o objetivo de atingir as metas de produtividade.

Com feito, essa obra interessa aos pesquisadores da área de saúde coletiva, que trabalham com as políticas de saúde, planejamento e gestão, além de profissionais da área da saúde do SUS, membros dos movimentos sociais e gestores da área de saúde. A leitura dessa obra será um importante aporte teórico e metodológico para todos aqueles que reconhecem a importância do SUS e se preocupam com as consequências do processo de terceirização para a atenção das necessidades de saúde da população brasileira, bem como para a qualidade das condições de trabalho e da produção do cuidado, vivenciadas nas unidades básicas de saúde e hospitalares. ■

# Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS:* documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Textos Básicos em Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS:* Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Textos Básicos em Saúde). Disponível em: <http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/sesap/DOC/DOC000000000125646.PDF>. Acesso em: 31 ago. 2016.

# Revista Saúde em Debate

*Instruções aos autores*

ATUALIZADA EM SETEMBRO DE 2016

## ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periocidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente. Em caso de publicação do artigo na revista, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade do Cebes.

O periódico está disponível on-line, de acesso aberto e gratuito, portanto, livre para qualquer pessoa ler, baixar e divulgar os textos com fins educacionais e acadêmicos. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos publicados desde que identificada a fonte e a autoria.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para publicação, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa, com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

## ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos exclusivamente pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha.

Ao submeter o trabalho, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo anexado.

### Modalidades de textos aceitos para publicação

**1. Artigo original:** resultado de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

**2. Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e internacional. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

**3. Revisão sistemática:** revisão crítica da literatura sobre tema atual. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde pública, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.

**4. Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho entre 10 e 15 laudas. Neste formato não são exigidos resumo e abstract.

**5. Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com tamanho entre 10 e 12 laudas, que aportem contribuições significativas para a área.

**6. Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 3 laudas.

**7. Documento e depoimento:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Em todos os casos, o número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e as referências.

### Preparação do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.

Padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas no corpo do texto se menores que três linhas. Se forem maiores que três linhas, devem ser destacados, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 12.

Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: 'porta de entrada'. Evitar iniciais maiúsculas e negrito.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem ser em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos separadamente do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No escrito, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

## O trabalho completo, que corresponde ao arquivo a ser anexado, deve conter:

**1. Folha de apresentação** contendo:

a) Título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

b) Nome completo do(s) autor(es) alinhado à direita (aceita-se o máximo de cinco autores por artigo). Em nota de rodapé, colocar as informações sobre afiliação institucional e e-mail. Do autor de contato, acrescentar endereço e telefone.

c) No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.

d) Conflito de interesse. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação "*Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*" na folha de apresentação do artigo será suficiente.

e) Resumo em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo, 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

f) Ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto e vírgula (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

## Registro de ensaios clínicos

A revista 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de Ensaios Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: http://www.icmje.org. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

**2. Texto.** Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais, como:

a) Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa;

b) Métodos descritos de forma objetiva;

c) Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

d) Conclusão.

**3. Colaboradores.** No final do texto, devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e c) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

**4. Agradecimentos.** Opcional.

**5. Referências.** Devem ser de no máximo 25, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Devem constar somente autores citados no texto e seguir as normas da ABNT (NBR 6023).

## Exemplos de citações

Todas as citações feitas no texto devem constar das referências apresentadas no final do artigo. Para as citações, utilizar as normas da ABNT (NBR 10520).

### Citação direta com até três linhas

Já o grupo focal é uma "técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais" (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

### Citação direta com mais de três linhas

A Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, iniciou o processo de regulamentação do funcionamento de um modelo público de ações e serviços de saúde, ordenado pelo que viria a ser conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS):

> Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes validos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde. (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).

### Citação indireta

Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, em uma radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

### Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

**Livro:**

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

**Capítulo de livro:**

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

**Artigo de periódico:**

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

**Material da internet:**

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-saude-em-debate/>. Acesso em: 31 jan. 2016.

OBS.: Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

## PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido a análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão. Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alteraçõ es efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificaçõ es depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

OBS.: antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por um *software* detector de plágio, Plagiarisma. Assim, é possível que os autores, que devem garantir a originalidade dos manuscritos e referenciar todas as fontes de pesquisa utilizadas, sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta de detecção. Plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, se for comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

## DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

Os documentos relacionados a seguir devem ser digitalizados e enviados para o *e-mail* revista@saudeemdebate.org.br.

**1. Cessão de direitos autorais e declaração de autoria e de responsabilidade**

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar as declarações conforme modelo disponível em: http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php.

**2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um Comitê de Ética em Pesquisa, deverá ser apresentado o documento do CEP onde ela foi aprovada.

**3. Declaração de revisão ortográfica e gramatical**

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

**4. Declaração de tradução**

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

**NOTA:** A produção editorial do Cebes é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar entre no site http://www.cebes.org.br.

**Endereço para correspondência**

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

# Revista Saúde em Debate

*INSTRUCTIONS TO AUTHORS*

UPDATED IN SEPTEMBER 2016

## SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

The journal is made freely available, online and open access; thus, any person may freely read, download and disseminate the texts for educational and academic purposes, provided that the author(s) and original source are properly cited.

No fees are charged from the authors for the submission of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (obligatory) and the translation into English, based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

## GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted exclusively on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will receive a login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

### Types of texts accepted for submission

**1. Original article:** scientific research outcome that may be generalized or replicated. The text should comprise between 10 and 15 pages.

**2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and international topical health policies. The text should comprise between 10 and 15 pages.

**3. Systematic review:** critical review of literature on topical theme, aiming at answering a relevant question on public health, informing details of the methodology used. The text should comprise between 10 and 15 pages.

**4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise between 10 and 15 pages.

**5. Experience report:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise between 10 and 12 pages.

**6. Book review:** review of books on subjects of interest to the field of public health policies, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise up to 3 pages.

**7. Document and testimony:** works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

For all cases, the maximum number of pages does not include the title page and references.

### Text preparation

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format.

Page size standard A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must not contain any information that identifies the author(s) or related institution(s).

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Subjects' testimonies should be italicized and between inverted commas, placed within the text when not exceeding three lines. When longer than three lines, they should have a 4cm indentation, simple line spacing and font in 12pt size.

Highlighted words or text excerpts should be placed between simple inverted commas. Example: 'entrance door'. Capital letters and bold font should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the text (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

## The complete work, corresponding to the file to be uploaded, should comprise:

**1. Title page** comprising:

a) Title expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

b) Full author(s) name(s) aligned on the right (maximum of five authors per article). On footnote(s), place information on institutional affiliation and e-mail. For the contact author add address and telephone number.

c) In case the research has been funded, inform the funding agency and the number of the process.

d) Conflict of interest. The works submitted for publication must comprise information on the existence of any type of conflict of interest. Financial conflict of interest, for example, is related not only to the direct research funding, but also to employment link. In case there is no conflict, it will suffice to place on the title page the statement *"I declare that there has been no conflict of interest regarding the conception of this work"*.

e) Abstract in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 700 characters including spaces, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. No citations or abbreviations should be used, except for internationally recognized abbreviations.

f) At the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by semicolon (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br

## Clinical trial registration

'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at http://www.icmje.org. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

**2. Text.** The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

a) Introduction with clear definition of the investigated problem and its rationale;

b) Methods objectively described;

c) Outcomes and discussion may be presented together or separately;

d) Conclusion.

**3. Contributors.** Individual contributions of each author should be specified at the end of the text. According to the authorship criteria developed by the International Committee of Medical Journal Editors, authorship should be based on the following conditions: a) substantial contribution to the conception and the design of the work, or to the analysis and interpretation of data for the work; b) substantial contribution to drafting the work or critically revising the contents; and c) participation at the final approval of the version to be published.

**4. Acknowledgements.** Optional.

**5. References.** Should not exceed 25 references, except in the case of the systematic review type of article. Only authors cited in the text should be listed and it should follow the norm NBR 6023 of the Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) (Brazilian Association of Technical Norms).

### Citation examples

All citations made in the text should be listed in the references pre sented at the end of the article, using the ABNT norm NBR 10520.

### Direct citation with up to three lines

The focal group is a "research technique that uses the group sessions as one of the facilitator forums of psycho-sociologic and cultural characteristics expression" (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

### Direct citation with more than three lines

The 8.080 Act, known as Health Organic Act, initiated a regulation process for the operation of a public modelof health actions and services, ordinated by the Unified Health System:

> Guided by a set of principles and guidelines valid for the entire national territory, it is based on a wide conception of the right to health and the role of the State on granting this right, incorporating, within its institutional and decision-making structure, spaces and instruments for the democratization and sharing of the health system management. (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).

### Indirect citation

According to Foucault (2008), neoliberalism appears as a governmental model in post-Nazi Germany, in a radicalization of liberalism aiming at the recovery of the German state based on a new state-market relationship.

### Reference Examples

**Book:**

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

**Book chapter:**

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

**Journal article:**

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

**Internet material:**

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Revista Saúde em Debate*. Disponível em: <http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-saude-emdebate/>. Acesso em: 31 jan. 2016.

Note: Author's middle name and surname should always be abbreviated.

## ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

Note: before being sent to peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo a plagiarism detector software, Plagiarisma. Thus, it is possible that the authors, who must guarantee the originality of the manuscripts and reference all research

sources used, are questioned about information identified by the detection tool. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, that way, if proven its existence, the authors involved will no longer be able to submit new articles to the journal.

## MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER ARTICLE ACCEPTANCE

The documents listed below must be digitalized and sent to the e-mail address revista@saudeemdebate.org.br.

**1. Assignment of copyright and Statement of authorship and responsibility**

All the authors and co-authors must fill in and sign the statements following the models available at: http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php.

**2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)**

In the case of researches involving human beings, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a Research Ethics Committee, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded.

**3. Statement of spelling and grammar proofreading**

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

**4. Statement of translation**

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

**NOTE:** Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access http://www. cebes.org.br.

**Correspondence address**

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

# Revista Saúde em Debate

*Instrucciones para los autores*

ACTUALIZADAS EN SEPTIEMBRE DE 2016

## ESCOPO Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Centro Brasileño de Estudios de Salud). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política y el planeamiento, la gestión y la evaluación de la salud. Valorizamos estudios con abordajes diferentes teórico-metodológicos y con la contribución de diferentes ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. A criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de aprobación y evaluación de los regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otro periódico, en la integra o parcialmente. En caso de publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referentes pasarán a ser de propiedad de Cebes.

El periódico está disponible en línea, de acceso abierto y gratuito, por lo tanto, libre para que cualquier persona lea, baje o divulgue los textos con fines educacionales y académicos. Se permite la reproducción total o parcial de los trabajos publicados desde que la fuente y la autoría sean indicadas.

'Saúde em Debate' no les cobra tasas a los autores para la evaluación de los trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de los autores la revisión del idioma (obligatorio) y su traducción para la lengua inglesa, con base en una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

## ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y EL SOMETIMIENTO DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser sometidos exclusivamente por el sitio: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío recibirá su acceso y seña.

Al enviar el trabajo, deberá completar todos los campos obligatorios de la página con contenido idéntico al del archivo adjunto.

### Modalidades de textos aceptados para la publicación

**1. Artículo original:** resultado de investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener entre 10 y 15 laudas.

**2. Ensayo:** Análisis crítico sobre un tema específico de relevancia e interés para la conjetura de las políticas de salud brasileña e internacional. El texto debe contener entre 10 y 15 laudas.

**3. Revisión sistemática:** Revisión crítica de la literatura de un tema actual. Objetiva responder a una pregunta de relevancia para la salud pública, detallando la metodología adoptada. El texto debe contener entre 10 y 15 laudas.

**4. Artículo de opinión:** exclusivo para los autores invitados por el Comité Editorial, con tamaño entre 10 y 15 laudas. En este formato no se exigirán resumen ni abstract.

**5. Relato de experiencia:** descripción de experiencias académicas, asistenciales o de extensión que aporten contribuciones significativas para el área. Tamaño entre 10 y 12 laudas.

**6. Reseña:** reseña de libros de interés para el área de políticas públicas de salud, a criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirige. Tamaño de hasta 3 laudas.

**7. Documento y declaración:** trabajos referentes a temas de interés histórico o conjetural, a criterio del Comité Editorial.

En todos los casos, el número máximo de laudas no incluyen la hoja de presentación ni las referencias.

### Preparación del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés.

Debe ser digitado en el programa Microsoft®Word o compatible, grabado en formato doc. o docx.

Patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra New Román tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El cuerpo del texto no debe contener ninguna información que posibilite la identificación de los autores o de las instituciones a las que se vinculen.

No debe utilizar notas de pie de texto. Las marcaciones de notas, cuando absolutamente indispensables, deberán ser sobrescritas y secuenciales.

Evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes del texto.

Las declaraciones deberán estar en cursiva y entre comillas en el cuerpo del texto, si son menos de tres líneas. Si son más de tres líneas deben estar destacadas, con retroceso de 4 cm, espacios simples y tamaño 12.

Para las palabras o trechos del texto en destaque, a criterio del autor, utilizar comillas simples. Ejemplo: 'puerta de entrada'. Evitar iniciales mayúsculas y negritas.

Figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o en escala de grises y debe ser enviados separados del texto, uno por uno, siguiendo el orden en el que aparecen en el estudio (deben estar numerados, tener título y fuente). Identificar, en el escrito, el local donde deberán ser inseridos. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas deberá ser, en lo máximo, de cinco por texto. El archivo debe ser editable.

Si usa fotos las personas no podrán ser identificadas, a menos que lo autoricen por escrito, para fines de divulgación científico.

## El trabajo completo, que corresponde al archivo a ser anexado, debe contener:

**1. Hoja de presentación** con:

a) Título, que debe expresar de manera clara y sucinta el contenido del texto, con un máximo de 15 palabras. Debe estar en negrita, iniciales mayúsculas apenas para los nombres propios. Los textos en portugués y español deben tener el título en la lengua original y en inglés. El texto en inglés debe tener el título en inglés y en portugués.

b) Nombre completo del/los autores alineados a la derecha (máximo de cinco autores por artículo). En nota de pie de página, debe colocar las informaciones sobre afiliación institucional y el correo electrónico. Agregar la dirección y el teléfono del autor del contacto.

c) En caso de ser el resultado de investigación con financiación, citar la agencia financiadora y el número del proceso.

d) Conflicto de intereses. Los trabajos encaminados para la publicación deben informar si tienen algún tipo de conflicto de interés. Los conflictos de interés financiero, por ejemplo, no están relacionados apenas con la financiación directa de la investigación, pero también con el propio vínculo de trabajo. Si no hay conflicto, será suficiente la información *"Declaro que no hubo conflictos de intereses en la concepción de este trabajo"* en la hoja de presentación del artículo.

e) Resumen en portugués e inglés o en español e inglés en el que queden claros los objetivos, el método empleado y las principales conclusiones del trabajo, con un máximo de 700 caracteres, incluidos los espacios No se permitirán citas o siglas en el resumen, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

f) Al final del resumen, incluir de tres a cinco palabras clave separadas por punto y coma (apenas la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

## Registro de ensayos clínicos

La revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones sobre ensayos clínicos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE, cuyas direcciones están disponibles en: http://www.icmie.org. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

**2. Texto.** Se respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto, sin embargo, se deben observar elementos convencionales como:

a) Introducción con definición clara del problema investigado y su justificativa;

b) Métodos descritos de forma objetiva;

c) Resultados y discusión pueden ser presentados juntos o en renglones separados;

d) Conclusión.

**3. Colaboradores.** Al final del texto, deben estar especificadas las contribuciones individuales de cada autor en la elaboración del artículo. Según el criterio de autoría del International Committee of Medical Journal Editors, los autores deben observar las siguientes condiciones: a) contribuir substancialmente para la concepción y la planificación o para el análisis y la interpretación de los datos; b) contribuir significativamente en la elaboración del rascuño o la revisión crítica del contenido; y c) participar de la aprobación de la versión final del manuscrito.

**4. Agradecimentos.** Opcional.

**5. Referencias.** Un máximo de 25, pudiendo exceder cuando se trate de una revisión sistemática. Solamente deben constar los autores citados en el texto y seguir las normas de la ABNT (NBR 6023).

### Ejemplos de citas de textos

Todas las citas hechas en el texto deben constar de las referencias presentadas al final del artículo. Para las citas, utilizar las normas ABNT (NBR 10520).

### Citas directa con hasta tres líneas

El grupo focal es una "técnica de investigación que utiliza las secciones grupales como uno de los foros facilitadores de expresión de características psicosociológicas y culturales" (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

### Citas directas con más de tres líneas

La ley 8.080, conocida como Ley Orgánica de la Salud, inicio el proceso de reglamentación del funcionamiento de un modelo público de acciones y servicios de salud, ordenado por lo que vendría a ser conocido como Sistema Único de Salud (SUS):

> Orientado por un conjunto de principios y directrices válidos para todo el territorio nacional, parte de una concepción amplia del derecho a la salud y del papel del Estado en la garantía de este derecho, incorporando, en su estructura institucional y decisoria, espacios e instrumentos para la democratización y el compartimiento de la gestión del sistema de salud. (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2011, p. 435).

### Citas Indirectas

Según Foucault (2008), el neoliberalismo surge como un modelo de gobierno en Alemania pos nacismo, en una radicalización del liberalismo con intención de recuperar al Estado alemán a partir de la nueva relación Estado-mercado.

### Ejemplos de referencias

**Libro:**

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). Seguridade social, cidadania e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

**Capítulo del libro:**

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

**Artículo del periódico:**

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

**Material de internet:**

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Revista Saúde em Debate. Disponível em: <http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-saude-em-debate/>. Acesso em: 31 jan. 2016.

OBS: Abreviar siempre el nombre y los apellidos del medio de los autores.

## PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo a las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para adecuación y nueva evaluación. Si son cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán apreciados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y el atendimiento a la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos evaluadores indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su expertise, que podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los dos evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. Caso haya divergencia de pareceres, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De esta manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer parecer. Cabe a los evaluadores recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de solicitud de corrección los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en el plazo definido, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial posee plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de la editorial de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de comunicación por e-mail.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada por e-mail, al autor responsable por la correspondencia para la revisión final, que deberá devolver en el plazo estipulado.

Observación: antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por un *software* detector de plagio, Plagiarisma. Así es posible que los autores, que deben garantizar la originalidad de los manuscritos y hacer referencia a todas las fuentes de investigación utilizadas, sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta

de detección. Plagio es un comportamiento editorial inaceptable, de esa manera, si es comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

## DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADO DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

Los documentos relacionados a seguir deben ser digitalizados y enviados para el correo electrónico revista@saudeemdebate.org.br.

**1. Cesión de derechos de autor y declaración de autoría y de responsabilidad**

Todos los autores y coautores deben rellenar y firmar las declaraciones de acuerdo con el modelo disponible en: http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php.

**2. Parecer de Aprobación del Comité de Ética en Pesquisa (CEP)**

En el caso de investigaciones que envuelvan a seres humanos, en los términos de la Resolución nº 466, de 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, enviar documentos de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Pesquisa de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de que las instituciones no dispongan de un Comité de Ética en Pesquisa, deberá ser presentado el documento del CEP de donde fue aprobada.

**3. Declaración de revisión ortográfica y gramatical**

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por profesional cualificado, con base en una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

**4. Declaración de traducción**

Los artículos aprobados podrán ser traducidos para el inglés a criterio de los autores. En este caso, la traducción debe ser hecha por profesional cualificado, con base en una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

**NOTA:** La producción editorial de Cebes es el resultado del trabajo colectivo y de apoyos institucionales e individuales. Para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud participe de Cebes. Para asociarse entre en el sitio http://www.cebes.org.br.

**Endereço para correspondencia**

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

**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, revisão e tradução de texto**
*Normalization, proofreading and translation*

Ana Karina Fuginelli (inglês)
Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês)
Annabella Blyth (inglês)
Carla de Paula (português)
Katia Muller (inglês)
Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (inglês)
Lucas Rocha (normalização)
Luiza Nunes (normalização)
Simone Basilio (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 couché matte LD 90 g/m²

*Cover in ensocoat LD 250 g/m²*
*Core in couché matte 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. 110; 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