saúde
EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 41, NÚMERO 114
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2017
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

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 Rizzotto - 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
Ligia Giovanella - 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*

Luiza Nunes
Mariana Acorse

INDEXAÇÃO | *INDEXATION*

Directory of Open Access Journals (Doaj)
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 41, NÚMERO 114
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2017

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 41, NÚMERO 114
RIO DE JANEIRO, JUL-SET 2017

675 EDITORIAL | *EDITORIAL*

ARTIGO ORIGINAL | *ORIGINAL ARTICLE*

683 **A tutoria como dispositivo de apoio a um Sistema Municipal de Saúde**
Mentoring as a device to support a Municipal Health System
Maria Socorro de Araújo Dias, Noraney Alves Lima, José Reginaldo Feijão Parente, Maria Rocineide Ferreira da Silva

694 **Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf**
Matrix support and actions on primary care: experience of professionals at ESF and Nasf
Rosimeire Aparecida Bezerra de Gois dos Santos, Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, Laura Câmara Lima

707 **Integralidade como processo intersubjetivo de construção de práticas em território de exclusão social**
Integrality as an intersubjective process of construction practices in a territory of social exclusion
Rosilda Mendes, Maria Fernanda Petroli Frutuoso, Carlos Roberto de Castro e Silva

718 **Fórum de Humanização: potente espaço para educação permanente de trabalhadores da Atenção Básica**
Humanization Forum: powerful space for permanent education of workers of Primary Health Care
Naiára Casarin, Elizane Medianeira Gomes Pires, Lauana Borges Pedroso, Jessica Vaz Lima, Elenir Fedosse

729 **Solicitação de exames de apoio diagnóstico por médicos na Atenção Primária à Saúde**
Request for tests of diagnostic support by physicians in Primary Health Care
Maria Fernanda Santos Figueiredo, Luciana Mendes Araújo Borém, Marta Raquel Mendes Vieira, Maisa Tavares de Souza Leite, João Felício Rodrigues Neto

741 **Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários**
Evaluation of primary care: the point of view of users
Tarcísio Laerte Gontijo, Anna Gabryela Sousa Duarte, Eliete Albano de Azevedo Guimarães, Joseane da Silva

753 **Modelo para avaliação da integração ensino-serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica**
Model for assessment of teaching-service integration in Teaching Service Units in Primary Care
José Francisco Gontan Albiero, Sérgio Fernando Torres de Freitas

768 **Analizando prácticas participativas en salud: La Semana de Las Crianzas en Villa Soldati**
Analyzing participatory practices in health: The Rearing Week in Villa Soldati
Claudia Bang, Marcela Corin

786 **Vigilância em Saúde do Trabalhador: um estudo à luz da Portaria nº 3.120/98**
Occupational Health Surveillance: a study in the light of Ministerial Directive nº 3.120/98
Lorena Cristina Ramos Vianna, Aldo Pacheco Ferreira, Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos, Renato José Bonfatti, Maria Helena Barros de Oliveira

801 **Uso do método Respondent Driven Sampling para avaliação do alcoolismo em mulheres**
Using Respondent Driven Sampling for assessing alcoholism in women
Isis Milane Batista de Lima, Hemílio Fernandes Campos Coêlho, Josemberg Moura de Andrade

812 **Avaliação do nível de conhecimento e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**
Evaluation of the level of knowledge and applicability of the International Classification of Functioning, Disability and Health
Luiz Eduardo Lima de Andrade, Nayara Priscila Dantas de Oliveira, João Afonso Ruaro, Isabelle Ribeiro Barbosa, Diego de Sousa Dantas

824 **Qualidade de vida de imigrantes brasileiras vivendo em Portugal**
Quality of life of Brazilian immigrant women living in Portugal
Eliany Nazaré Oliveira, Félix Fernando Monteiro Neto, Tamires Alexandre Félix, Gleisson Ferreira Lima, Paulo César de Almeida

836 **Estoque doméstico e uso de medicamentos por crianças no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil**
Domestic stock and use of medicines by children in the Jequitinhonha Valley, Minas Gerais, Brazil
Maria Jesus Barreto Cruz, Alex Braga Azevedo, Emerson Cotta Bodevan, Lorena Ulhôa Araújo, Delba Fonseca Santos

848 **Conflitos éticos em um inquérito populacional em saúde bucal**
Ethical conflicts in a population survey on oral health
Flávia Reis de Andrade, Paulo Capel Narvai, Miguel Ângelo Montagner

860 **Fatores relacionados ao Aleitamento Materno Exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança em uma capital do Norte brasileiro**
Factors related to Exclusive Breastfeeding in Babies born in a child-friendly hospital in a capital of Northern Brazil
Edficher Margotti, Willian Margotti

872 **Quem são os moradores de residências terapêuticas? Perfil de usuários portadores de transtornos mentais desinstitucionalizado**
Who are the residents of therapeutic residential services? Profile of de-institutionalized patients with mental disorders
Vanessa Vieira França, Marília Pereira Alves, Ana Luzia Medeiros Araújo da Silva, Tatiane Gomes Guedes, Iracema da Silva Frazão

885 **Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado**
Characterization of caregivers of the elderly in the metropolitan region of Porto Alegre (RS): care profile
Lucila Ludmila Paula Gutierrez, Neisa Rejane Machado Fernandes, Marcello Mascarenhas

899 **Mapeamento do perfil de demanda inadequada nos serviços de saúde pública no Brasil**
Mapping the profile of inappropriate demand in public health services in Brazil
Djalma Silva Guimarães Júnior, Eduardo José Oenning Soares, Denise Dumke de Medeiros, Gileno Ferraz Júnior

ENSAIO | *ESSAY*

907 **Buen Vivir *(Sumak Kawsay)*: definiciones, crítica e implicaciones en la planificación del desarrollo en Ecuadoro**
Good Living (Sumak Kawsay): definitions, critique and implications for development planning in Ecuador
Erika Lorena Arteaga-Cruz

920 **Surfando no controle: os lugares que os agentes comunitários ocupam na produção de saúde mental**
Surfing on control: the positions that community agents occupy in the production of mental health
Silier Andrade Cardoso Borges, Marco José de Oliveira Duarte

REVISÃO | *REVIEW*

932 **Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura**
Food and nutrition education strategies in Primary Health Care: a literature review
Camila de Jesus França, Vivian Carla Honorato dos Santos de Carvalho

949 **Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências**
Planning of operative groups in the care of health services users: integrating experiences
Kellem Regina Rosendo Vincha, Amanda de Farias Santos, Ana Maria Cervato-Mancuso

RELATO DE EXPERIÊNCIA | *CASE STUDY*

963 **Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso**
Mission and effectiveness of Outdoor Clinics (Consultórios na Rua): an experience of consensus production
Tatiana do Rego de Bonis Almeida Simões, Maria Cristina Ventura Couto, Lilian Miranda, Pedro Gabriel Godinho Delgado

976 **Formação em saúde do trabalhador e saúde ambiental: avaliação de experiência com atores locais**
Training in workers´ and environmental health: experience assessment of local actors
Katia Reis de Souza, Ana Maria Cheble Bahia Braga, Brani Rozemberg

Da expropriação do patrimônio público à expropriação dos direitos do trabalho: a nova ofensiva neoliberal

O GOLPE PARLAMENTAR DE 31 DE AGOSTO DE 2016 não tinha como objetivo apenas retirar do poder um governo eleito democraticamente, mas, implementar um projeto econômico absolutamente distinto daquele aprovado nas urnas, pela maioria da população. Tal projeto expressa a nova ofensiva neoliberal, mais nefasta do que foi a dos anos de 1990, quando o principal ataque foi dirigido ao patrimônio do Estado brasileiro, construído desde os anos de 1930.

Nos governos de Fernando Collor de Mello (1990-1992) e, sobretudo, de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), privatizaram-se empresas, bancos e serviços públicos com o objetivo de reduzir o tamanho e mudar o papel do Estado, seguindo a tese do liberalismo políticos do Estado mínimo como parte da estratégia para superar a crise de acumulação. Grande parte do patrimônio estatal foi transferido para a iniciativa privada, por meio de privatizações, por valores que sequer correspondiam aos investimentos públicos feitos ao longo de décadas. Também, delegou-se a ação reguladora do Estado para a administração indireta, em geral autarquias especiais, as agências reguladoras, atualmente 11 no Brasil: energia elétrica (Aneel – 1997), telecomunicações (Anatel – 1997), petróleo, gás natural e biocombustível (ANP – 1998), saúde suplementar (ANS – 1998), vigilância sanitária (Anvisa – 1999), águas (ANA – 2000), cinema (Ancine – 2001), transporte aquático (Antaq – 2001), transporte terrestre (ANTT – 2001), aviação civil (Anac – 2005) e, recentemente, mineração (ANN – 2017).

A regulação se constitui em ações governamentais – criação de regras de funcionamento de segmentos do mercado explorados por empresas privadas, fiscalização e controle da qualidade na prestação de serviços – visando assegurar o interesse público (BRASIL, 2009, N. P.), segundo os "novos enfoques" da gestão pública.

Para citar apenas as agências reguladoras da área da saúde, a ANS regula o mercado de planos privados de saúde e a Anvisa

> exerce o controle sanitário de todos os produtos e serviços (nacionais ou importados) submetidos à vigilância sanitária, tais como medicamentos, alimentos, cosméticos, saneantes, derivados do tabaco, produtos médicos, sangue, hemoderivados e serviços de saúde. (WIKIPÉDIA, 2017, N. P.).

Como se percebe, tais agências regulam segmentos importantes da economia da saúde, de interesse do mercado.

Note-se que, das áreas sociais, apenas o setor da saúde foi 'merecedor' de agência reguladora, outros setores sociais, como educação, continuam sendo regulados por órgãos da administração direta do Estado, em que o mercado tem menos poder de interferência do que nas agências reguladoras.

DOI: 10.1590/0103-1104201711400

Se de um lado, todavia, o neoliberalismo dos anos de 1990 empobreceu o Estado, tanto do ponto de vista patrimonial como da capacidade regulatória e da oferta de serviços públicos, uma vez que o 'novo' Estado deveria concentrar suas ações nas áreas básicas (educação básica, saúde básica), na população pobre e em grupos de risco, de outro, não conseguiu desmontar, por completo, o sistema de proteção social e os direitos da classe trabalhadora, conquistados no processo de democratização do País e consagrados na Constituição Federal de 1988.

Já a fase atual do neoliberalismo tem como objetivo exatamente restringir/reduzir/eliminar os direitos sociais dos trabalhadores e as conquistas das camadas populares, em alguma medida preservadas na primeira ofensiva neoliberal. A reforma trabalhista (Lei nº 13.467/17) e a proposta de reforma da previdência social (PEC nº 287/2016), ambas de iniciativa da presidência da república – nenhuma delas aprovadas pela população –, são expressões do desmonte de direitos e do rompimento do pacto social estabelecido no processo de redemocratização.

O argumento dos altos custos da previdência – que correspondem a 22,69% do Orçamento Geral da União –, como principal causa do descontrole das contas da União, não se sustenta quando comparado com o pagamento dos juros e amortização da dívida, que consomem 42,43% do Orçamento Geral da União (FATORELLI, 2016). Anualmente transferimos quase metade da arrecadação federal para o setor privado, repasse direto da riqueza nacional. O esforço do grupo no poder, por meio das reformas propostas e da política econômica em curso, é para garantir a permanência desta situação, ou seja, 'honrar' o pagamento de uma dívida, a qual nunca se conseguiu auditar, e que representa muito mais do que todos os gastos sociais do País.

O capitalismo financeiro globalizado, as grandes multinacionais sem pátria, o capital especulativo e as burguesias nacionais subservientes estão a exigir mais, agora não só a riqueza nacional que restou (minérios, empresas de energia elétrica e telecomunicações) ou foram descobertas depois da primeira ofensiva neoliberal (reservas de petróleo), mas estão a exigir a 'imolação' das classes que vivem do trabalho. Ademais, encontraram na atual elite política brasileira os aliados perfeitos para levar adiante o projeto destrutivo do capital em qualquer de suas formas.

O projeto em curso no Brasil isenta o capital, por meio de um sistema tributário regressivo e pelo perdão das suas dívidas, a exemplo do Refis (Recuperação Fiscal ou refinanciamento da dívida), ao mesmo tempo que exige sacrifícios dos demais.

Na época do golpe, Boff (2016, P. 1) já antevia o que os "sicários" iriam fazer:

> [...] o que sempre fizeram: aproveitar-se dos bens públicos para autoenriquecimento, escapar desesperadamente do braço da justiça e levar avante sua situação de privilégio, sempre à custa do povo pobre que eles querem manter longe, nas periferias, um exército de reserva, útil para seus serviços quase à moda de escravos.

O que se observou no último ano, em termos de perda de direitos e retrocesso de cidadania, parecia impensável na trajetória da sociedade brasileira. Contudo, a história não é linear, pode ter recuos, não apenas para juntar forçar e avançar, mas para se aproximar da barbárie.

Para exemplificar alguns dos retrocessos, apenas no campo da saúde, citamos a Emenda Constitucional do Teto dos Gastos (EC nº 95/2016), que limita, por 20 anos, a ampliação dos gastos com a saúde; a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (agosto de 2017), que desestrutura a estratégia de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da atenção básica; a proposta de criação de planos populares de saúde, do Ministro da Saúde; e a legitimação de tal proposta por meio do Projeto de Lei dos Planos de Saúde, do deputado Rogério Marinho (Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB), relator da Comissão Especial

sobre Planos de Saúde da Câmara dos Deputados, que visa estabelecer um novo marco legal para o mercado de planos e seguros de saúde, revogando a atual Lei nº 9.656.

Este projeto, de revisão da lei dos planos de saúde, mereceu nota conjunta da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), que alertam para os possíveis retrocessos que o projeto trará, se aprovado, tais como: segmentação de coberturas assistenciais, com a instituição de planos baratos, com reduzida cobertura; maior reajuste após 60 anos de idade, o que excluiria a população idosa dos planos; diminuição do valor de ressarcimento ao SUS, uma forma de subsídio aos planos, que penaliza financeiramente o SUS; extinção de projetos de lei em tramitação na câmara que beneficiam os consumidores; redução dos valores das multas aplicadas aos planos que não cumprem os contratos, dando margem para descumprimento sistemáticos da atenção devida aos usuários (ABRASCO; CEBES; IDEC, 2017).

A nota denuncia que

> [...] não houve transparência na condução, a toque de caixa, dos trabalhos da comissão especial [...]. Entidades da sociedade civil, Conselho Nacional de Saúde, organizações de defesa do consumidor e mesmo órgãos governamentais não tiveram espaço suficiente para se pronunciar. Com poucas exceções, as audiências foram palco para a exposição de empresários interessados em ampliar o mercado. (ABRASCO; CEBES; IDEC, 2017, P. 1).

Conclui, a nota, que o teor das mudanças atende exclusivamente aos interesses das empresas e donos de planos de saúde e convoca a todos

> [...] em especial as entidades da saúde, de defesa e proteção do consumidor, gestores do SUS, entidades médicas, associações e movimentos de aposentados, organizações de defesa de pacientes e portadores de patologias, sindicatos que pleiteiam planos de saúde coletivos e todos os interessados, que se manifestem e participem deste momento de mobilização para impedir a aprovação de tamanha atrocidade. Estão em jogo o futuro do sistema de saúde no Brasil, nossa saúde e nossas vidas! (ABRASCO; CEBES; IDEC, 2017, P. 1).

Como se vê, a hora é de juntar forças para resistir e enfrentar a nova ofensiva neoliberal, que mais do que uma ideologia política de reconfiguração do Estado, operada por meio de reformas setoriais e/ou estruturais, converteu-se em uma racionalidade sem limites, em que pouco importa a opinião pública e o grau de desigualdades que provoca.

Maria Lucia Frizon Rizzotto
Editora científica da 'Saúde em Debate'

Referências

ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO); CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES); INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC). *Informe Abrasco, Cebes e Idec sobre possíveis alterações na Lei dos Planos de Saúde*. 2017. Disponível em: <http://cebes.org.br/2017/09/informe-abrasco-cebes-e-idec-sobre-possiveis-alteracoes-na-lei-dos-planos-de-saude/>. Acesso em: 5 out. 2017.

BRASIL. *Agências reguladoras fiscalizam a prestação de serviços públicos*. 2009. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2009/11/agencias-reguladoras>. Acesso em: 5 out. 2017.

BOFF, L. *"El dia triste" do Brasil:* o golpe parlamentar. 2016. Disponível em: <https://leonardoboff.wordpress.com/2016/08/31/el-dia-triste-do-brasil-o-golpe-parlamentar/>. Acesso em: 5 out. 2017.

FATTORELLI, M. L. *Auditoria cidadã da dívida*. 2016. Disponível em: <http://www.auditoriacidada.org.br/blog/2016/11/09/explicacao-sobre-o-grafico-do-orcamento-elaborado-pela-auditoria-cdada-da-divida/>. Acesso em: 5 out. 2017.

WIKIPÉDIA. *Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Agência_Nacional_de_Vigilância_Sanitária>. Acesso em: 5 out. 2017.

From the expropriation of public patrimony to the expropriation of labor rights: the new neoliberal offensive

THE PARLIAMENTARY COUP OF AUGUST 31, 2016 was not only aimed at removing a democratically elected government from power, but at implementing an economic project absolutely different from that approved at the ballot boxes by the majority of the population. Such project expresses the new neoliberal offensive, more nefarious than that of the 1990s, when the main attack was directed at the patrimony of the Brazilian State, built since the 1930s.

In the governments of Fernando Collor de Mello (1990-1992), and especially of Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), companies, banks and public services were privatized in order to reduce the size and change the role of the State, following the thesis of political liberalism of minimal State as part of the strategy to overcome the accumulation crisis. Much of the state patrimony were transferred to the private sector, through privatizations, for values that did not even correspond to the public investments made over decades. Also, the regulatory action of the State was delegated to indirect administration, special autarchies in general, the regulatory agencies, currently 11 in Brazil: electricity (Aneel – 1997), telecommunications (Anatel – 1997), petroleum, natural gas and biofuel (ANP – 1998), supplementary health (ANS – 1998), sanitary surveillance (Anvisa – 1999), water (ANA – 2000), cinema (Ancine – 2001), water transportation (Antaq – 2001), ground transportation (ANTT – 2001), civil aviation (Anac – 2005) and, recently, mining (ANN – 2017).

The regulation is constituted by governmental actions – creation of operation rules of market segments explored by private companies, supervision and quality control in the provision of services – aiming to assure the public interest (BRASIL, 2009, N. P.), according to the "new approaches" of public management.

To cite only the regulatory agencies in the field of health, the ANS regulates the market for private health plans, and the Anvisa

> exercises sanitary control of all products and services (national or imported) subject to sanitary surveillance, such as medicine, food, cosmetics, sanitizers, tobacco products, medical products, blood, blood products, and health services. (WIKIPÉDIA, 2017, N. P.).

As one can notice, such agencies regulate important segments of the health economy, of market interest.

It should be noted that, from the social areas, only the health sector was 'deserving' of a regulatory agency; other social sectors, such as education, continue to be regulated by organs of the direct administration of the State, in which the market has less power of interference than in regulatory agencies.

DOI: 10.1590/0103-1104201711400

If on the one hand, however, neoliberalism in the 1990s impoverished the state, both from the standpoint of patrimony and from the regulatory capacity and the supply of public services, since the 'new' State should concentrate its actions on the basic areas (basic education, basic health), on the poor population and on groups at risk, on the other hand, it could not completely dismantle the system of social protection and the rights of the working class, conquered in the process of democratization of the country and consecrated in the Federal Constitution of 1988.

The current phase of neoliberalism, in turn, is aimed precisely at restricting/reducing/eliminating the workers' social rights and the achievements of the popular classes, to some extent preserved in the first neoliberal offensive. The labor reform (Law nº 13.467/17) and the proposal for a reform of social security (PEC nº 287/2016), both on the initiative of the presidency of the republic – neither of them approved by the population –, are expressions of the dismantling of rights and of the breaking of the social pact established in the process of redemocratization.

The argument that high social security costs – which correspond to 22.69% of the Federal Budget –, as the main cause of the uncontrol of the Union accounts, can not be sustained when compared to the payment of interest and amortization of the debt, which consume 42.43% of the Federal Budget (FATORELLI, 2016). We annually transfer almost half of the federal revenue to the private sector, a direct transfer of the national wealth. The effort of the group in power, through the proposed reforms and the ongoing economic policy, is to guarantee the permanence of the situation, that is, to 'honor' the payment of a debt, which has never been audited, and that represents much more than all social expenditures in the country.

Globalized financial capitalism, large multinational corporations, speculative capital, and subservient national bourgeoisies are now demanding more, not only the remaining national wealth (ores, electric power companies, and telecommunications) or those discovered after the first neoliberal offensive (oil reserves), but are demanding the 'immolation' of the working classes. In addition, they found in the current Brazilian political elite the perfect allies to carry out the destructive project of the capital in any of its forms.

The ongoing project in Brazil exempts capital through a regressive tax system and through the forgiveness of its debts, such as the Refis (Tax Recovery or debt refinancing), while demanding sacrifices from the others.

At the time of the coup, Boff (2016, P. 1) already foresaw what the "bloodthirsty" would do:

> [...] what they have always done: to take advantage of public goods for self-enrichment, to desperately escape from the arm of justice and carry on their situation of privilege, always at the cost of the poor people that they want to keep away, in the outskirts, an army of reserve, useful for their services almost in the fashion of slaves.

What we observed during the last year, in terms of loss of rights and regression of citizenship, seemed unthinkable in the trajectory of Brazilian society. However, history is not linear, it may have setbacks, not only to join forcing and advancing, but to approach barbarism.

To exemplify some of the setbacks, in the field of health alone, we mention the Constitutional Amendment of Ceiling of Expenditure (EC nº 95/2016), which limits, for 20 years, the expansion of health spending; the revision of the National Policy for Primary Care (August 2017), which de-structures the strategy of organization of the Unified Health System (SUS) from basic care; the proposal for the creation of popular health plans by the Minister of Health; and the legitimization of such a proposal through the Bill of Health Plans, by congressman Rogério

Marinho (Brazilian Social Democratic Party – PSDB), rapporteur of the Special Committee on Health Plans of the Chamber of Deputies, which aims to establish a new legal framework for the market of health plans and insurance, revoking the current Law nº 9.656.

Such project, of review of the health plans law, was jointly endorsed in a note by the Brazilian Association of Collective Health (Abrasco), the Brazilian Center for Health Studies (Cebes), and the Brazilian Institute for Consumer Protection (Idec), which alert for the possible setbacks that the project will bring, if approved, such as: segmentation of care coverage, with the establishment of cheap plans, with reduced coverage; higher readjustment after 60 years of age, which would exclude the elderly population from the plans; decrease in the amount of compensation to the SUS, a form of subsidy to the plans, which financially penalizes the SUS; extinction of bills in process in the Chamber that benefit consumers; reduction of the amount of fines applied to plans that do not comply with the contracts, giving scope for systematic noncompliance of due attention to users (ABRASCO; CEBES; IDEC, 2017).

The note denounces that

> [...] there was no transparency in the rapid conduct of the work of the special commission [...]. Entities from civil society, the National Health Council, consumer protection organizations and even government agencies did not have enough room to speak. With few exceptions, the audiences were the stage for the exhibition of entrepreneurs interested in expanding the market. (ABRASCO, CEBES, IDEC, 2017, P. 1).

The note concludes that the content of the changes exclusively attends the interests of the companies and owners of health plans and summons all,

> [...] specially health entities, consumer defense and protection entities, SUS managers, medical entities, pensioners associations and movements, organizations for the defense of patients and disease carriers, unions pleading collective health plans, and all interested parties, to manifest themselves and participate in this moment of mobilization to prevent the approval of such atrocity. The future of the health system in Brazil, our health and our lives are at stake! (ABRASCO; CEBES; IDEC, 2017, P. 1).

As it can be seen, it is time to join forces to resist and face the new neoliberal offensive which, more than a political ideology of reconfiguration of the state, operated through sectoral and/or structural reforms, has become an unlimited rationality, in which public opinion and the degree of inequality it causes is of little importance.

Maria Lucia Frizon Rizzotto
Scientific Editor of the periodic 'Saúde em Debate'

References

ASSOCIAÇÃO DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO); CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES); INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC). *Informe Abrasco, Cebes e Idec sobre possíveis alterações na Lei dos Planos de Saúde*. 2017. Disponível em: <http://cebes.org.br/2017/09/informe-abrasco-cebes-e-idec-sobre-possiveis-alteracoes-na-lei-dos-planos-de-saude/>. Acesso em: 5 out. 2017.

BRASIL. *Agências reguladoras fiscalizam a prestação de serviços públicos*. 2009. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/governo/2009/11/agencias-reguladoras>. Acesso em: 5 out. 2017.

BOFF, L. *"El dia triste" do Brasil:* o golpe parlamentar. 2016. Disponível em: <https://leonardoboff.wordpress.com/2016/08/31/el-dia-triste-do-brasil-o-golpe-parlamentar/>. Acesso em: 5 out. 2017.

FATTORELLI, M. L. *Auditoria cidadã da dívida*. 2016. Disponível em: <http://www.auditoriacidada.org.br/blog/2016/11/09/explicacao-sobre-o-grafico-do-orcamento-elaborado-pela-auditoria-cdada-da-divida/>. Acesso em: 5 out. 2017.

WIKIPÉDIA. *Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Agência_Nacional_de_Vigilância_Sanitária>. Acesso em: 5 out. 2017.

A tutoria como dispositivo de apoio a um Sistema Municipal de Saúde

Mentoring as a device to support a Municipal Health System

Maria Socorro de Araújo Dias[1], Noraney Alves Lima[2], José Reginaldo Feijão Parente[3], Maria Rocineide Ferreira da Silva[4]

RESUMO Neste artigo, abordou-se a função apoio realizada pela tutoria no contexto de um Sistema Municipal de Saúde. Trata-se de estudo de caso ancorado em uma epistemologia qualitativa. Tem como cenário um município do semiárido nordestino. Os dados apresentados originam-se de documentos e entrevistas em profundidade realizadas com trabalhadores(as) que exercem a função de tutoria. O referencial de examinação dos dados foi a análise de conteúdo. A construção histórica do papel do tutor, suas concepções, atribuições e contribuições revelam que este trabalhador tem exercido a função apoio, movendo-se do apoio institucional ao apoio pedagógico, promovendo uma síntese complexa, que articula estas duas dimensões de apoio.

PALAVRAS-CHAVE Tutoria. Preceptoria. Aprendizagem. Educação em saúde.

ABSTRACT *In this article, the support function performed by mentoring in the context of a Municipal Health System was discussed. It is a case study anchored in a qualitative epistemology. It has as scenery a municipality of the northeastern semi-arid region. The data presented come from documents and in-depth interviews conducted with workers who perform the mentoring function. The data analysis benchmark was content analysis. The historical construction of the role of the tutor, his conceptions, attributions and contributions reveal that this worker has exercised the support function, moving from institutional support to pedagogical support, promoting a complex synthesis, that articulates these two dimensions of support.*

KEYWORDS *Mentoring. Preceptorship. Learning. Health education.*

[1] Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) – Sobral (CE), Brasil. *socorroad@gmail.com*

[2] Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) – Sobral (CE), Brasil. *noraneylima@gmail.com*

[3] Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) – Sobral (CE), Brasil. *reginaldo.fp@hotmail.com*

[4] Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil. *rocineideferreira@gmail.com*

Introdução

Reconhecendo a fundamental importância da formação, e o consequente desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) como condição para a reorientação do modelo de saúde, em um município de médio porte populacional do semiárido nordestino, concebeu-se e implementou-se, no tal ente federativo, a partir de 1997, um conjunto de ações inovadoras. Para apoiar várias dessas ações, o sistema demandou a presença de um trabalhador capaz de produzir as articulações e mediações entre os vários segmentos envolvidos. Esse profissional passou a assumir uma série de responsabilidades e desafios.

No município estudado, esse trabalhador foi inicialmente denominado preceptor de território, passando posteriormente a assumir a designação de tutor do Sistema Municipal de Saúde (SMS). A orientação teórico-metodológica inicial era que esse trabalhador atuasse com foco no território, tendo como cenário de aprendizagem e intervenção o lócus do trabalho (SOUZA *ET AL.*, 2008).

Este artigo aborda a tutoria enquanto dispositivo de apoio, tendo como cenário um SMS. Como dispositivo, entende-se, com base em Deleuze (1989), um constructo operatório multilinear, que se funda em três grandes eixos: saber, poder e produção de modos de subjetivação. Dentro desta concepção, trata-se de um conceito-ferramenta utilizado para identificar ou analisar arranjos capazes de disparar movimentos transformadores. Nesta perspectiva, a função apoio é compreendida enquanto um campo relacional baseado em uma filosofia e em uma metodologia de ajuda.

A relevância de se operar com o dispositivo do apoio no processo de trabalho da tutoria, no âmbito de um SMS, está no fato de que este favorece a participação dos sujeitos na gestão de seus processos de trabalho e da própria organização, como também tende a contribuir para a constituição de espaços coletivos (CASTRO, 2011).

Nesse modelo, o tutor tem como lócus de atuação o território. Este, na perspectiva proposta por Santos e Rigotto (2011), é concebido como espaço que, além de características físicas, expressa, também, perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, político, social e cultural. A pessoa que atua na tutoria enquanto apoiador institucional e pedagógico trabalha de forma orgânica nos processos de educação permanente, em um SMS, na perspectiva da (re)organização dos serviços e da gestão participativa.

Diante dessa complexidade de cenários, práticas e sujeitos, coloca-se a seguinte questão: quais as concepções, atribuições e contribuições da tutoria enquanto função apoio de um SMS?

Com este estudo, espera-se contribuir com a sistematização e a disseminação de saberes (cognitivos, afetivos e práticos) produzidos pela tutoria, no âmbito de um SMS. Pretende-se, também, fornecer novos elementos que ajudem a ressignificar a categoria da tutoria, e que ainda subsidiem o fortalecimento do SUS. Nesta perspectiva, objetiva-se analisar a atuação da tutoria como dispositivo de apoio de um SMS.

Material e métodos

Estudo de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso (YIN, 2005). A opção por esta modalidade de investigação se deu em função da natureza do objeto e do perfil dos sujeitos, que demandam considerar aspectos históricos, subjetivos e relacionais. Utilizaram-se, como técnicas de coleta de dados, a análise documental e a entrevista em profundidade. Elegeram-se, como documentos, portarias relativas à área da educação na saúde e projetos político-pedagógicos relativos à atuação dos tutores do SMS estudado. Tudo isto, considerando os seguintes critérios: representatividade, multiprofissionalidade e acessibilidade. Foram entrevistados nove tutores. As entrevistas foram

gravadas, degravadas, categorizadas e interpretadas segundo a análise de conteúdo de Bardin (2011).

A pesquisa foi submetida e aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o parecer nº 503.931.

Resultados e discussão

Os resultados focalizam três tópicos, que emergiram dos processos de escuta, com vistas a responder o objetivo antes delineado, a saber: Construção histórica das concepções da tutoria em um SMS; Atribuições da tutoria em um SMS; e Contribuições da tutoria para o SMS.

Para melhor situar os sujeitos trabalhadores que exercem a função da preceptoria no contexto examinado, vale ressaltar que, atualmente, há 14 profissionais desenvolvendo a função apoio, com vistas a promoverem ações de educação em saúde e apoio à gestão. Estes profissionais se filiam a diferentes formações no campo da saúde. A quase totalidade tem título de mestrado e vêm de diferentes categorias profissionais. Possuem uma jornada de trabalho de 30 horas semanais, distribuídas entre atividades de apoio às Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e Saúde Mental, e uma agenda de apoio à gestão local, onde são realizadas ações de educação permanente, acompanhamento de trabalhadores, participação em reuniões de problematização da realidade sanitária local, planejamento e avaliação, entre outras.

Construção histórica das concepções da tutoria em um Sistema Municipal de Saúde

A historicidade dos acontecimentos que envolvem a categoria da tutoria traz ressignificações em relação à identidade deste trabalhador. Os acontecimentos históricos produzem rupturas no estabelecido, gerando outros devires, que delineiam e entrecruzam os itinerários em um SMS.

A análise da trajetória da 'tutoria' como dispositivo de educação permanente no SMS permitiu identificar concepções relacionadas aos marcos legais, aos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos.

A primeira proposta político-pedagógica orientadora do SMS foi construída no período de 1999 a 2004. Essa concepção refletia as mudanças do modelo de atenção à saúde estabelecido no 'plano municipal de saúde', dando ênfase à qualificação dos profissionais da atenção básica. Para tanto, se investiu na ideia da tenda invertida, e, acoplada a ela, vem a preceptoria de território (leia-se tutoria).

> O contexto organizador é o da 'tenda invertida'. [...] em nosso modelo de formação permanente em 'saúde da família', o espaço que possibilita essa relação educativa é a tenda do aluno. Assim, nossa proposta de formação optou por um modelo denominado de Tenda Invertida, em que um grupo de preceptores (tutores) acompanha as unidades de saúde, tentando transformar esse espaço, originalmente de assistência, em local também de construção de saberes e práticas. (EFSFVS, 2004, P. 20).

Desde seu surgimento no sistema local de saúde, esse trabalhador denominado inicialmente como preceptor de território e, mais tarde, como tutor do SMS, está implicado com o desafio de oferecer apoio mediante a descentralização dos processos em saúde, tomando o trabalho como eixo orientador do seu fazer. A proposta da Tenda Invertida trazia uma dimensão problematizadora do processo de trabalho.

Os discursos dos sujeitos enfatizam o surgimento da figura do preceptor de território (tutor), e a construção do seu saber e do seu fazer nos territórios.

> *[...] nesse primeiro momento, o preceptor de território era aquele que ia fazer o papel do que*

hoje a gente chama do tutor de território. [...] E esse preceptor de território era justamente essa pessoa que ia semanalmente a uma determinada área [...] onde a gente estava vinculada, e lá tinha o papel de apoiar a equipe nessas discussões das atribuições da equipe dentro deste território adscrito. (Tutor 1).

O preceptor de território [...] foi pensado como aquela pessoa com capacidade de motivação e otimização da atenção primária. (Tutor 2).

[...] Então, pra mim, esse é o tutor. É esse profissional, que está no território para contribuir na condição de apoiador dos processos que acontecem. (Tutor 6).

Embora o termo 'tenda invertida' não esteja presente nos discursos dos sujeitos, foi possível apreender seus sentidos e sua operacionalização. Ademais, estes discursos revelam similaridades entre as concepções e práticas desse profissional.

O diálogo com esses sujeitos à luz dos referenciais teóricos permite inferir que é no cotidiano dos territórios de saúde, junto com a equipe de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF), que os preceptores de território (tutores) se constituem como sujeitos.

Considerando as singularidades de cada contexto político local, do marco legal e da proposta político-pedagógica, percebe-se como vão se entrecruzando e se tecendo os cenários de atuação da tutoria como dispositivo de educação permanente.

Neste ínterim, vão sendo construídos sujeitos produtores de saberes e subjetivações que (re)significam e atualizam as concepções da tutoria. Para ilustrar esta perspectiva, ressaltem-se alguns recortes de elementos textuais que fundamentam a construção histórico-conceitual da tutoria:

> [...] tutor, preceptor e orientador de serviço são agentes de escuta, catalisação e facilitação dos processos de aprendizagem do 'sistema municipal de saúde' [...], em particular, dos residentes. Têm especial gosto pelo estudo, pelo trabalho de campo e um forte compromisso com os processos de mudanças orgânicas e de aprendizagens no interior do território do qual são responsáveis. Compete ainda estar problematizando os diferentes fazeres dos residentes e do conjunto de profissionais que atua nos serviços de saúde, refletindo a pertinência desses fazeres para a 'estratégia de saúde da família'. (EFSFVS, 2005, P. 19).

Foram identificadas convergências entre as fontes documentais e as falas dos sujeitos. As concepções identificadas nas propostas político-pedagógicas incidem sobre as concepções dos sujeitos, que oscilam entre o foco no apoio institucional às equipes da ESF e o foco no apoio pedagógico à Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF).

[...] esse preceptor de território, ele não precisava ter essa expertise... porque hoje a gente discute muito sobre essa distinção entre campo e núcleo. Então [...], naquela época, o preceptor de território [se referindo ao período de 1999 a 2004], *ele tinha que entender era da Estratégia Saúde da Família. De como era que a equipe deveria atuar dentro de um território, de uma responsabilidade sanitária.* (Tutor 1).

E aí, o tutor, ele trabalhava, apoiava muito [...] os processos que estavam acontecendo no território. E a residência também precisava desse apoiador [...] que facilitasse a ligação dos residentes com a equipe, com os outros espaços do território e com os demais membros da equipe [se referindo ao Projeto Político Pedagógico (PPP), que vigorou de 2005 a 2011]. (Tutor 7).

Outros aspectos importantes, no contexto político e organizacional, que influenciaram positivamente o desenvolvimento da proposta da preceptoria de território, foram apontados pelos sujeitos deste estudo. Destacando-se elementos referentes ao ideário da reforma sanitária, a vontade

política e a liderança do gestor, como segue:

> *[...] os preceptores, com a gestão, se reuniam pra discutir estratégias de como resolver alguns problemas que apareciam nas unidades. Na verdade, [...] essas dificuldades, elas eram pequenas, diante do estímulo que todas as pessoas estavam tendo naquele momento. Estamos fazendo diferença no sistema de saúde [...] Naquela época, nós, os primeiros preceptores, abraçamos isso, motivados pelo nosso gestor.* (Tutor 2).

Contudo, podem-se identificar algumas divergências entre os elementos textuais e os elementos discursivos, no que diz respeito aos critérios de formação na área da saúde e de vinculação com a equipe de assistência.

> O tutor – função de supervisão docente-assistencial no campo de aprendizagens profissionais da área da saúde, exercida em campo, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de atuação profissional, que exerçam papel de orientadores de referência para os profissionais ou estudantes, respectivamente, em aperfeiçoamento, especialização, em estágio ou vivência de graduação ou de extensão, devendo pertencer à equipe local de assistência e estar regularmente presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens em serviço. (BRASIL, 2005, N. P.).

Historicamente, o grupo de tutores não pertence às equipes da ESF e tem se constituído como coletivo multiprofissional. Esta multiprofissionalidade é reiterada nas falas dos entrevistados, como se pode ver: *"[...] Naquela época, tinha muita gente. [...] era gente de áreas bem diversas, né? Enfermagem, medicina e odontologia [...]"* (Tutor 2).

Para Pagani e Andrade (2012), a 'preceptoria de território' foi fruto da proposta educativa que era responsável pelo processo de educação permanente dos profissionais, nos territórios de saúde da família, sendo que sua concepção tomou forma através da ação de um grupo multiprofissional, que se apoiou conceitualmente nas noções de 'território', 'Estratégia Saúde da Família' e 'educação permanente'.

Considerando o caráter ético e político da tutoria enquanto dispositivo apoiador dos processos de educação na saúde, sabe-se que este trouxe implicações relativas aos modos de ver a si mesmo e de falar de si, que podem se converter em modos de autojulgamento e de definição do curso de suas próprias ações. Assim como a identidade refletida no outro. Para Larrosa (1994, P. 37):

> [...] as modalidades concretas dos mecanismos éticos, discursivos, jurídicos e práticos que constituem os dispositivos pedagógicos particulares só podem ser entendidas no interior de uma configuração historicamente dada de saber, poder e subjetivação.

Dessa forma, tal resgate histórico permite a contextualização dos processos de autoconsciência, autogoverno, identificação, construção e ativação de critérios jurídicos, normativos e estéticos dos modos de ser tutor e das práticas políticas, pedagógicas e institucionais do SMS, nos seus múltiplos deveres.

Atribuições da tutoria em um Sistema Municipal de Saúde

Em seus estudos de genealogia, Foucault (2000) considera que o sujeito e sua práxis são uma construção histórica. Portanto, cabe descobrir quais elementos estão presentes no saber fazer da 'tutoria do SMS', que permitam a produção destes sujeitos e de suas atribuições.

Os atributos da tutoria podem ser expressos no reconhecimento do diferencial na identificação deste profissional com a Atenção Primária à Saúde, na postura dialógica e no compromisso ético-social, conforme registram as falas a seguir:

[...] esses [primeiros] *preceptores* [tutores] *acreditavam, e eles não ganhavam muito bem, mas eles estavam movidos por uma intenção, por uma causa que também era deles. [...] Então, foi mais essa crença de estarmos no caminho certo.* (Tutor 2).

Então, eu acho que o nosso papel ainda é de todo mundo [...] nós tínhamos algumas pessoas, que vinham dos movimentos sociais, que vinham do trabalho comunitário, do trabalho com movimentos sociais. [...] Eu vejo que a função de preceptor, o papel de tutor hoje foi algo que foi construído historicamente. [...] esse papel já foi bem consolidado. (Tutor 5).

[...] ele vai estar contribuindo para a maior efetividade das ações de saúde, que vai ter aquele olhar pra contribuir na organização de serviço, que vai estar fomentando a ponte de educação permanente. Aí, ele também vai estar apoiando as ações de Nasf [Núcleos de Apoio à Saúde da Família] *e de residência. Então, tudo que está acontecendo no território, referente à promoção da saúde, as ações de saúde, o tutor, ele vai estar colaborando diretamente, inclusive, em ações que sejam mais voltadas pra própria equipe de saúde. No sentido de trabalhar alguma situação de mediação de conflito, de organização de serviço, de pensar estratégias [...] inovadoras mesmo, pra o enfrentamento de alguns problemas, que a gente não consegue perceber muitas alternativas.* (Tutor 6).

Essa diversidade de atribuições é influenciada por alguns elementos presentes em momentos de mudanças, no marco legal, nos fundamentos teóricos e nas políticas de saúde. Entre as atribuições percebidas pelos sujeitos desta investigação, chamam atenção: tutor como apoiador da ESF; tutor do SMS, como apoiador institucional e matricial; tutor como educador, mentor e orientador; tutor como mediador e articulador; tutor como apoiador pedagógico à RMSF; e tutor do SMS como apoiador da gestão, da equipe, dos residentes e da comunidade.

No regulamento da RMSF, estão previstas as seguintes atribuições da tutoria:

I. Reconhecer as bases conceituais da ESF e do SUS e a realidade sócio-cultural-epidemiológica do território;

II. Colaborar com os residentes na organização dos serviços dos Centros de Saúde da Família;

III. Contribuir para o aprofundamento técnico-científico dos residentes e dos profissionais da equipe do Centro de Saúde da Família;

IV. Garantir que os residentes participem de processo formativo, para que intervenham, junto com a equipe, nas situações-problema encontradas no território;

V. Garantir que os residentes participem de processo formativo, para que contribuam na organização e no funcionamento de grupos;

VI. Avaliar o processo formativo de cada residente (SOBRAL, 2008).

O documento destaca algumas atribuições especiais da atuação da tutoria:

I. Promover a integração dos residentes com os outros profissionais e a comunidade;

II. Promover a integração do residente com as redes sociais do território;

III. Colaborar na organização do processo de trabalho dos residentes, na perspectiva da interdisciplinaridade (SOBRAL, 2008).

Na sua maioria, os discursos dos sujeitos convergem em relação à normativa acima, testemunhando as atribuições do tutor como apoiador pedagógico e institucional do SMS, indicando que suas atribuições suplantam

a dimensão de apoio pedagógico à RMSF, colaborando para a compreensão de apoio institucional e pedagógico ao SMS.

> *O tutor, ele também é esse profissional que vai colaborar na integração das ações de ensino-serviço. De maneira que os processos de formação são levados também para o território. [...] Então, o tutor tem esse foco muito forte na Estratégia Saúde da Família, mas ele tem uma responsabilidade que nós esperamos com relação ao projeto de residência.* (Tutor 6).

> *As atribuições principais eram mesmo inseri-los no território, dar esse suporte, suporte técnico e pedagógico. Aí, o técnico, o preceptor fazia esse papel e o tutor fazia mais essa questão do pedagógico.* (Tutor 8).

> *Eu vejo o tutor como um apoiador, seja técnico, político, social, humano. Ele é um mediador, que está neste apoio, mediando alguns conflitos, mediando intervenções junto com a gestão, com a equipe, com a própria comunidade. [...] essas atribuições [...] estão relacionadas ao apoio à equipe, à gestão e à comunidade. [...] você precisa ter este apoio técnico pras equipes, mas, assim, este apoio do tutor, ele está muito mais voltado para o apoio pedagógico, para a mudança de atitude [...] a gente consegue trazer essa reflexão para a comunidade [...].* (Tutor 9).

O fazer da pessoa do tutor se viabiliza enquanto dispositivo de apoio. Portanto, se reconhece que o tutor apoiador deve, no seu processo de trabalho, fomentar a construção de espaços coletivos nos quais diferentes atores possam se engajar no enfrentamento de problemas e no desenvolvimento de soluções partilhadas, reconhecendo que todo este processo é atravessado por relações de poder, afetos e saberes (OLIVEIRA *ET AL.*, 2017).

Os sujeitos entrevistados trazem de forma mais ampla as atribuições do 'tutor', principalmente no que diz respeito à potencialização dos espaços coletivos de cogestão, educação permanente em saúde, educação popular em saúde e controle social, como se vê a seguir:

> *Enxergo o tutor como esse educador comunitário. Isso também dá um crescimento muito grande pr'a gente, porque a gente tem a oportunidade de estar em vários grupos comunitários e facilitar processos, facilitar encontros, facilitar mudanças. Desencadear alguns momentos que a equipe, por si só, até pela limitação do olhar técnico, ela não pensaria.* (Tutor 7).

De acordo com Freire (2001), educar não deve se limitar ao processo de transmissão de informações, mas, principalmente, produzir transformações no sujeito que aprende e naquele que facilita a aprendizagem, como também na comunidade (território) na qual o educador busca produzir mudanças.

A análise desses dados remete ao reconhecimento de que o exercício da tutoria passa por assumir uma série de compromissos e responsabilidades, tanto de natureza técnica quanto política, institucional e ética, mas, principalmente, pedagógica.

Contribuições da tutoria para o Sistema Municipal de Saúde

O movimento da tutoria no cenário do SMS possibilita constatar uma série de contribuições, que passam pelas rodas dos Centros de Saúde da Família, pelo apoio pedagógico à RMSF, pelos processos de educação permanente, pela territorialização e pelo apoio institucional.

As rodas são espaços de cogestão que possibilitam reflexões acerca das necessidades de saúde, trabalho em equipe, planejamento, avaliação e pactuação dos processos de (re) organização dos serviços.

> *Então, além desse fazer junto, o preceptor* [tutor] *tinha um papel importantíssimo nas rodas das equipes. Naquela época, ainda não tinha esse nome: roda.* Mas era reunião de equipe. E, estrategicamente, pensar ações *para a melhoria do serviço.* (Tutor 2).

Segundo Pagani e Andrade (2012), a tutoria é uma prática inovadora de educação permanente para a ESF e para o SUS, devendo possibilitar o crescimento institucional, profissional e pessoal dos que nele atuam.

> *A gente tinha, também, muito claro a necessidade de potencializar as rodas, de fazer discussões, compreender que isso configura uma lógica da educação permanente. [...] evidenciar o tutor como esse profissional que vai fomentar a educação permanente no território [...]. Então, a gente já percebia que podia estar potencializando essas ações, discutir mesmo o processo de trabalho no território.* (Tutor 6).

Sales e Pagani (2004) tecem algumas considerações sobre o que se entende por tutoria, sua natureza, seus objetivos, sua estratégia e pedagogia. Neste sentido, afirmam que:

> A contribuição que se pretende com o trabalho da preceptoria [tutoria], seguramente, está na perspectiva de aprofundamento das culturas (os modos de sentir, pensar, querer, agir, sonhar, lutar...), das pessoas que trabalham ou que frequentam as Unidades de Saúde, o sistema de saúde. (SALES; PAGANI, 2004, P. 43).

Verifica-se toda uma diversidade de ações, que se afirmam enquanto contribuições, no que diz respeito à necessidade de inovação e reorganização das práticas de cuidado, assim como, também, na sistematização e no fortalecimento da participação popular e do controle social nos territórios da ESF. As falas dos sujeitos, a seguir, evidenciam estas contribuições, a partir da atuação dos tutores (preceptores):

> *A gente também participava desse momento e convidava a comunidade, nesse momento da territorialização, e [...] era feita dentro de um espaço público, de um equipamento social na comunidade. E aquela comunidade era convidada a pensar. Primeiro, a ver suas necessidades, de reafirmar que aquela necessidade existia e de ajudar a equipe a identificar pessoas, lideranças que pudessem se comprometer com aquela situação, se responsabilizar junto na solução do problema.* (Tutor 1).

> *[...] a gente tinha um cronograma nos territórios, participávamos de rodas alternadas porque eram várias equipes [...] quando era período de planejamento, a gente fazia um cronograma. [...] atividades que a gente fazia muito era a territorialização, planejamento, visita domiciliar com eles. Observava, também, o próprio atendimento individualizado [...] os grupos que eles participavam.* (Tutor 4).

> *[...] todas as equipes da atenção básica se reuniam e ali se desencadeava um processo de educação permanente. Nestes encontros [...] eram escolhidas algumas temáticas problemáticas para serem abordadas dentro de uma perspectiva coletiva mesmo.* (Tutor 2).

Importante constatação deste estudo acerca das contribuições da tutoria é quanto à centralidade do Apoio Paideia, como referência das atividades desenvolvidas pelos tutores nas rodas e nos coletivos do território, da residência e nos espaços de controle social. Como bem dizem os sujeitos a seguir:

> *Houve um esforço grande nos territórios, pra que a gente conseguisse desenvolver o pacto intersetorial. Mas a gente desenvolveu ações também no [...] Grupo de Trabalho sobre Drogas. Acho que é uma experiência que a gente teve que foi exitosa [...] foi uma ação que a gente conseguiu levar discussões importantes para a comunidade [...] em relação à prevenção do uso de drogas no bairro, articulando mesmo vários segmentos.* (Tutor 6).

> *Um dos trabalhos que eu desenvolvi [...] foi o Fórum Comunitário, que marcou bastante, porque lá não existia conselho local. E a gente conseguiu desenvolver um bom trabalho junto à equipe, articulando o Fórum Comunitário.* (Tutor 7).

> *Outro trabalho também foi com as Compaz, que eram as comissões que procuravam trabalhar com a promoção da saúde, promoção da cultura de paz nos territórios. [...] Os residentes também se envolveram muito.* (Tutor 8).

Os resultados evidenciam as contribuições da tutoria para a educação permanente enquanto apoiadores e mediadores nas intervenções juntos à gestão, à comunidade, aos residentes e às Equipes de Saúde da Família (EqSF).

Em relação ao apoio pedagógico à Residência Multiprofissional em Saúde da Família, foram apontados os seguintes pontos positivos, que resultam das contribuições de preceptores de território e tutores do SMS:

> *[...] um dos projetos que podem evidenciar a figura do tutor como um profissional do sistema saúde-escola é o nível que nós temos de ex-residentes que passaram pela Escola de Saúde da Família. Eles conseguem galgar outro patamar de profissionalização, após sair da residência. Então, vejo que isso é fruto da escola, fruto do processo pedagógico orientado e fermentado pelo tutor. [...] outro ganho que nós temos é a alta aceitação que essa equipe tem para os residentes de saúde da família. É uma aceitação de credibilidade, de trazer realmente a questão da qualidade de vida para aqueles usuários.* (Tutor 9).

Os discursos dos tutores reafirmam seu caráter orgânico, pois suas vivências de aprendizagens são construídas a partir das necessidades de saúde identificadas nos territórios junto às equipes da ESF.

Para Campos (2006), uma das vantagens resultantes do Apoio Paideia é a ampliação dos espaços de troca de saberes, que potencializam e amadurecem as equipes para lidar, tanto com aspectos técnicos quanto políticos, humanos ou éticos. Desta forma, o apoiador contribui para o crescimento da capacidade de ouvir e expor críticas, para aceitar derrotas e estabelecer negociações e consensos, nas equipes e nos grupos.

Considerações finais

Foi trazida, aqui, uma análise da construção histórica da tutoria (preceptoria), considerando concepções, atribuições e contribuições deste dispositivo de apoio com dimensão institucional e pedagógica, no contexto de um SMS. No diálogo com os sujeitos participantes da pesquisa e com os referenciais teóricos, foi possível identificar e compreender os elementos que permitem a produção desses sujeitos, assim como dos saberes e práticas que os instituem como Apoio Paideia.

A partir dos relatos de atividades dos sujeitos pesquisados, observou-se que a tutoria (preceptoria), inicialmente, estava mais voltada para o acompanhamento das ESF e para a reorganização dos seus processos de trabalho. Posteriormente, a tutoria centrou seus esforços no apoio à RMSF, sendo que, mais recentemente, conseguiu desenvolver, de forma articulada e integrada, o apoio institucional e pedagógico.

A práxis da tutoria se efetiva como dispositivo político-pedagógico de apoio, dando ênfase à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS, a partir de um modo de atuação como base no apoio institucional, na mediação, na facilitação de processos dialógicos e na pactuação e corresponsabilização entre os sujeitos: docentes, estudantes, gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

Considera-se, ainda, que esses profissionais atuaram como problematizadores da realidade de trabalho e de saúde, em um dado território, pretendendo a transformação dessas realidades, instituindo novos processos e relações de trabalho, a partir da implementação de práticas pedagógicas que se apoiam na educação permanente em saúde.

A função apoio aparece muito fortemente nos discursos dos sujeitos, como fundamento da práxis do tutor. Isto pode demonstrar que o Método Paideia se constitui, de fato, como importante referência para o exercício da função apoio pelos tutores.

Constata-se, ainda, que as rodas dos Centros de Saúde da Família foram bastante citadas pelos sujeitos, relativas às atribuições e às contribuições da tutoria no contexto de um SMS. Pode-se considerar a importância da instituição destes espaços de rodas para a práxis do tutor, tanto na perspectiva do apoio institucional quanto no pedagógico. A função apoio favorece o fortalecimento dos processos de educação permanente, a coprodução de sujeitos, de sentidos, de saberes e de práticas na cogestão dos processos de trabalho vivo em ato na ESF. ■

Referências

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.111/GM de 05 de julho de 2005. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 5 jul. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1111_05_07_2005.html>. Acesso em: 1 jan. 2017. Não paginado.

CAMPOS, G. W. S. *Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas*: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

CASTRO, C. P. *Avaliação da utilização do método de apoio Paideia para a formação em saúde:* clínica ampliada e cogestão. Campinas: Unicamp, 2011.

DELEUZE, G. Qu'est-ce qu'un disposif? In: MICHEL Foucault philosophe: rencontre internationale. Paris: Seuil, 1989.

ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA (EFSFVS). *Projeto Político Pedagógico*. Sobral: EFSFVS, 2004.

_____. *Projeto Político Pedagógico*. Sobral: EFSFVS, 2005.

FREIRE, P. *Educação e Mudança*. 34. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

LARROSA, J. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, T. T. *O sujeito da Educação:* estudos foucaultianos. Petrópolis: Vozes, 1994.

OLIVEIRA, E. A. *et al*. O apoiador local como ator estratégico na implementação do QualiSUS-Rede: engenheiros de conexão? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, 2017. No prelo.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo de caso de Sobral-CE. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 94-106, 2012. Disponível em: <http:www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0104--12902012000500008Ing=pt &nkm=iso>. Acesso em: 2 jan. 2017.

SALES, I. C.; PAGANI, R. F. A Preceptoria de Território

na Estratégia Saúde da Família em Sobral/CE (desafios políticos, técnicos e metodológicos de uma experiência). *SANARE:* Revista de Políticas Públicas, Sobral, v. 5, n. 1, 2004. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/121>. Acesso em: 1 jan. 2017.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território, e territorialização: Incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. *Revista Trabalho Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462010000300003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 1 jan. 2017.

SOUZA, F. L. *et al*. A Política Municipal de Educação Permanente em Sobral-CE. *SANARE:* Revista de Políticas Públicas, Sobral, v. 7, n. 2, 2008. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/27>. Acesso em: 1 jan. 2017.

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

Recebido para publicação em janeiro de 2017
Versão final em junho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Apoio matricial e ações na atenção primária: experiência de profissionais de ESF e Nasf

Matrix support and actions on primary care: experience of professionals at ESF and Nasf

Rosimeire Aparecida Bezerra de Gois dos Santos[1], Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo[2], Laura Câmara Lima[3]

RESUMO O artigo relata pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, cujo objetivo é caracterizar o modo como as ações de apoio matricial estão inseridas no cotidiano; e as ferramentas privilegiadas por médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) e por especialistas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) de distrito localizado na região Sul de São Paulo. 78 profissionais (ESF=44, Nasf=34) responderam a um questionário sobre agenda, atividades, ferramentas e saberes. Os resultados indicam que as equipes têm dificuldade em executar ações compartilhadas de apoio matricial.

PALAVRAS-CHAVE Apoio matricial. Estratégia Saúde da Família. Gestão em saúde. Educação continuada.

ABSTRACT *The article reports a descriptive research, under a quantitative approach, aimed at characterizing the way actions of matrix support are inserted into daily life; and the tools privileged by physicians and nurses of the Family's Health Strategy (Estratégia Saúde da Família – ESF) and specialists of the Nucleus for Supporting the Family´s Health (Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Nasf) in a district at the South Region of São Paulo. Seventy-eight professionals (ESF=44, Nasf=34) have filled in a questionnaire about agenda, activities, tools and knowledge. Results indicate that teams face difficulties while performing shared actions of matrix support.*

KEYWORDS *Matrix support. Family Health Strategy. Health management. Education, continuing.*

[1] Associação Saúde da Família (ASF) – São Paulo (SP), Brasil. *rose.gois@hotmail.com*

[2] Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – Campus Baixada Santista – Santos (SP), Brasil. *uchoalu@hotmail.com*

[3] Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – Campus Baixada Santista – Santos (SP), Brasil. *camaralima.laura@gmail.com*

DOI: 10.1590/0103-1104201711402

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi concebida para consolidar o processo de municipalização da organização da Atenção Primária à Saúde (APS), facilitar o processo de reorganização pactuada entre municípios adjacentes e coordenar a integralidade de assistência à saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009). A formulação da ESF partiu de modelos de assistência à família no Canadá, em Cuba, na Suécia e na Inglaterra, que serviram de referência para o programa brasileiro (ROSA, 2005). Rizzotto (2000) desenvolve um ponto de vista crítico, afirmando que esse modelo de serviço público descentralizado em nível de comunidade, destinado às populações pobres, foi uma estratégia preconizada pelo Banco Mundial para transferir a responsabilidade estatal para indivíduos, famílias e comunidade.

Diante das demandas e necessidades de saúde presentes no território e das dificuldades e dos limites das equipes de atenção básica, em janeiro de 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), para que esses atuem de forma a ampliar o escopo de ofertas de cuidado aos usuários (BRASIL, 2014).

O trabalho do Nasf é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. De acordo com Brasil (2014), o apoio matricial é um novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Aplicado à APS, significa uma estratégia de organização do trabalho em saúde pensada a partir da necessidade de ampliar o escopo de atuação da ESF, trazendo uma equipe multiprofissional que vai prestar assistência e cuidados em saúde no território, de forma interdisciplinar, aumentando o potencial de integralidade e de resolutividade dos atendimentos. O apoio matricial do Nasf para ESF se materializa por meio do compartilhamento de problemas, da troca de saberes e práticas entre os profissionais, bem como da articulação pactuada de intervenções, levando em conta a clareza das responsabilizações comuns e as específicas da equipe de APS.

No cotidiano do trabalho, o matriciamento facilita ações possíveis e o esclarecimento diagnóstico, que, muitas vezes, é base para a estruturação de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). Para Oliveira (2008), quando uma equipe ou um profissional de apoio matricial se encontra com uma equipe de referência, o que se pretende é que o apoio matricial auxilie a equipe de referência na execução de um projeto terapêutico para um sujeito, individual ou coletivo, que necessita de intervenção em saúde, o qual a equipe de referência, também a princípio, teve dificuldades de realizar.

Nesse sentido, Campos e Domitti (2007) elucidam que o funcionamento do apoio matricial e da equipe de referência depende de arranjos organizacionais e de formas de gestão do trabalho em saúde que ampliem as possibilidades da prática da clínica ampliada e da integração dialógica entre diferentes especialidades. Para Chiaverini (2011), o processo de saúde-enfermidade-intervenção não é monopólio nem ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade, pertencendo a todo o campo da saúde. Isso torna o matriciamento um processo de trabalho interdisciplinar por natureza, com práticas que envolvem intercâmbio e construção do conhecimento.

O que se pretende atingir com o apoio matricial é a clínica ampliada, ferramenta eficaz para a ampliação do escopo de trabalho da ESF. Para além do biológico, a clínica ampliada aponta para a perspectiva da transformação da atenção individual e coletiva, que possibilita que outros aspectos do sujeito possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde (CUNHA, 2010).

Atualmente, gestores e profissionais da saúde que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), em ESF e em Nasf encontram-se diante de desafios para executar as

prescrições das políticas públicas referentes à APS e ao apoio matricial. Muitas resistências e dificuldades permeiam o caminho desses profissionais, sobretudo daqueles que querem realizar ações diferenciadas no território em que trabalham e garantir que o Nasf possa realizar plenamente sua função, desenvolvendo apoio matricial, PTS, clínica ampliada, entre outras tecnologias previstas, para que o atendimento consiga alcançar as metas da integralidade e da resolutividade prescritas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

À medida que as políticas são implantadas, as ações são transformadas paulatinamente e, por vezes, reinventadas. Esse movimento vem sendo acompanhado e fundamentado por pesquisas e teorizações (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009; CAMPOS; DOMITTI, 2007; CUNHA; CAMPOS, 2011; GOTTEMS; PIRES, 2009; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA; CAMPOS, 2015; RIZZOTTO, 2010; RIZZOTTO; CAMPOS, 2016; TEIXEIRA; SOLLA, 2015; VILLA *ET AL.*, 2015; ENTRE OUTROS), embora ainda haja muito por investigar sobre o tema, sobretudo no que diz respeito às atividades cotidianas durante o trabalho vivo.

Para confrontar a complexidade dos problemas de saúde e da atenção à saúde com a intenção de resolvê-los, é preciso "agenciar uma multiplicidade de saberes e fazeres e entender a organização da produção da saúde no campo de saberes e práticas da clínica" (MERHY; FRANCO, 2003, P. 317). Procura-se operacionalizar, conforme Teixeira (2006, P. 25) denomina, a dimensão propriamente técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito

> às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas medidas pelo saber em tecnologia que opera no processo de trabalho em saúde em vários planos [promoção em saúde, prevenção de risco, agravos e recuperação e reabilitação].

Servindo-se das conceituações de autores da área da saúde coletiva, em particular Merhy (2003, 2013), parte-se do princípio de que seria interessante ouvir os profissionais que trabalham em ESF e Nasf a respeito de suas atividades no exercício do trabalho vivo e das facilidades e dificuldades que encontram no seu cotidiano de atuação. Acredita-se na escuta atenta dos profissionais a respeito de como eles têm se organizado para prestar o serviço de atenção e de cuidado em saúde. A sistematização e a análise dessas informações trazem elementos para reflexão que podem contribuir para o aprimoramento, o enriquecimento das ações na APS e para a implementação das políticas públicas.

O objetivo geral do artigo é caracterizar o modo como as ações de apoio matricial estão inseridas no cotidiano; e as ferramentas privilegiadas por médicos e enfermeiros da ESF e por especialistas do Nasf. O objetivo secundário é analisar as similitudes e diferenças entre as maneiras de organizar o trabalho e de operar o apoio matricial nos dois serviços da rede de APS (ESF e Nasf), bem como o desafio da articulação entre eles.

Os objetivos específicos são: investigar, entre as atividades que compõem a rotina cotidiana dos profissionais da ESF, quais são as consideradas construção compartilhada com o Nasf e que associam ao apoio matricial ou ao matriciamento; investigar, entre as atividades que compõem a rotina dos profissionais do Nasf, quais são as consideradas como construção compartilhada com a ESF e se associam ao matriciamento; comparar as respostas das equipes da ESF e do Nasf relativas ao apoio matricial ou ao matriciamento; contribuir para o debate sobre a articulação entre serviços, para viabilização do apoio matricial como tema e para avaliação e aprimoramento das políticas públicas de APS.

Métodos

Trata-se de estudo de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, realizado na região Sul do município de São Paulo. Profissionais de equipes ESF e Nasf foram

convidados a responder a um questionário sobre matriciamento. O projeto foi negociado com a Coordenadoria Regional de Saúde da Organização Social (OS), contratada pela Secretaria de Saúde do município de São Paulo para gerir a APS na zona Sul. No momento em que a pesquisa foi realizada, a região era composta por três distritos administrativos, possuía 607.929 habitantes (FUNDAÇÃO SEADE, 2014) e contava com 88 equipes de ESF e cinco equipes de Nasf. As equipes de ESF são formadas por seis agentes comunitários, um médico (a) e um enfermeiro (a), podendo haver, também, dois auxiliares de enfermagem e/ou um dentista, de acordo com a equipe. As equipes Nasf são formadas por equipes de saúde mental (psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras), de reabilitação (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionista), de pediatria, ginecologista e assistente social.

Os resultados apresentados são extraídos da pesquisa de mestrado (SANTOS, 2015) aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP) e pelo CEP da universidade em que foi realizada, sob nº 921.278/2014, de acordo com a Resolução nº 466/12. Em sua primeira concepção, o projeto ficaria restrito a um Nasf e quatro UBS, e previa o desenvolvimento de oficinas, nas quais seriam abordados temas relacionados à organização e ao desenvolvimento do processo de trabalho das equipes ESF e Nasf. Entretanto, a Coordenadoria Regional Sul de Saúde (São Paulo) não autorizou as oficinas e orientou que houvesse ampliação do universo de sujeitos pesquisados para a totalidade das equipes da região, onde atuavam 40 equipes mínimas de ESF (distribuídas em cinco UBS) e cinco equipes Nasf. Com o universo ampliado e um novo objetivo, mostrou-se mais indicado desenvolver uma pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem quantitativa, utilizando o questionário como instrumento de levantamento de dados e as análises estatísticas (descritivas e inferenciais) e qualitativas para a leitura e a interpretação dos mesmos.

Para facilitar os encontros, foram priorizados os horários de reunião de equipe de cada UBS, em que todos os profissionais têm cinco horas semanais reservadas para reuniões técnicas e de planejamento, de acordo com agenda local preconizada pela Coordenadoria Regional de Saúde da Região Sul. Decidiu-se que todos os profissionais (com exceção dos da saúde bucal) que estivessem nessas reuniões seriam convidados a participar. A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2015. Foram realizados cinco encontros previamente agendados, um em cada UBS, com duração de trinta minutos cada. A pesquisadora comparecia ao local, apresentava a pesquisa, esclarecia sobre autonomia da participação e do respeito à privacidade, distribuía o instrumento a todos os presentes, elucidando dúvidas, e recolhendo-o ao final de 20 minutos ou quando houvessem terminado o preenchimento.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário autopreenchido, contendo 16 questões fechadas e 4 abertas. Procurou-se obter informações sobre a organização das atividades de trabalho cotidianas e as atividades relacionadas ao matriciamento, utilizando conceitos como: PTS, clínica ampliada, intersetorialidade, apoio matricial, educação permanente, genograma, ecomapa, ações compartilhadas, visitas domiciliares e redes.

Os dados foram organizados e tratados por meio de análises estatísticas descritivas e inferenciais. Empregou-se o Teste t de Student para amostras não relacionadas e o modelo de análise de variância com medidas repetidas. As quatro questões abertas procuraram captar as expressões que os próprios profissionais associam (livremente) aos conceitos estudados, mas que não serão analisadas neste artigo. Cabe salientar que a pesquisa não recebeu nenhum recurso financeiro, sendo totalmente suportada pelos pesquisadores.

Resultados e discussão

Participaram da pesquisa 78 profissionais, o que representa 60% do total de convidados (n=130). Entre os que se recusaram a participar, a maioria referiu dificuldade com a agenda, mesmo tendo sido agendado o encontro com 30 dias de antecedência. Alguns gestores relataram ausência dos profissionais no dia da coleta de dados, outros alegaram que precisavam utilizar o horário agendado para reunião técnica para alinhamento de processo de trabalho, entre outros assuntos, impossibilitando a coleta efetiva. Com relação aos respondentes, 44 trabalham na ESF (18 médicos e 26 enfermeiros) e 34 no Nasf, distribuídos entre: seis terapeutas ocupacionais, seis fisioterapeutas, seis assistentes sociais, quatro fonoaudiólogos, quatro educadores físicos, quatro psicólogos, três nutricionistas e três médicos especialistas.

Os profissionais do Nasf e da ESF têm, respectivamente, em média: de 35 a 38 anos de idade, de 9 a 10 anos de formação inicial e de 32 a 38 meses de vinculação com o serviço. Nota-se que os médicos e enfermeiros são ligeiramente mais experientes. A maioria dos profissionais (em torno de 80%) se formou em universidades privadas e não tem especialização em APS.

O questionário continha uma questão sobre a organização da agenda de trabalho dos profissionais da ESF e do Nasf, considerando a porcentagem de compromissos fixos e variáveis e os motivos que geraram as eventuais variações: a) necessidades próprias; b) necessidades do serviço; c) necessidades dos gestores ou dos usuários. Em média, as respostas das equipes foram bastante diferentes. A resposta predominante, de 45,2% dos profissionais da ESF e de 76,5% dos profissionais do Nasf, foi a de que os compromissos são sujeitos a certas variações, de acordo com as necessidades do serviço. Essa diferença é importante e significativa (p=0,012), indicando que o trabalho dos profissionais da equipe de apoio é organizado de maneira diferente do dos médicos e dos enfermeiros, ficando mais dependente das vicissitudes do serviço.

Verifica-se que 21,4% dos profissionais da ESF e 17,6% dos profissionais do Nasf responderam que os compromissos são agendados conforme as necessidades dos usuários e gestores, denotando equilíbrio nesse quesito, embora a porcentagem de médicos e enfermeiros seja levemente maior. A opção que afirma que as variações ocorrem segundo as necessidades dos próprios profissionais foi citada por 28,3% dos respondentes da ESF, e por 5,9% dos do Nasf. Novamente, há uma indicação de que médicos e enfermeiros possuem maior autonomia em relação aos profissionais da equipe Nasf. Nesse mesmo sentido, 4,8% dos profissionais do ESF declaram que seus compromissos são fixos, enquanto não há nenhum profissional das equipes de apoio que faça essa afirmação. O conjunto dos dados revela que a organização do trabalho dos profissionais do Nasf está mais sujeita que a dos da ESF a condicionantes externos, possuindo menor autonomia com relação à distribuição do tempo das atividades.

Esses resultados são o primeiro indicador de que existe uma real diferença na operacionalização do trabalho pelas duas equipes, ao menos na descrição que fazem de suas atividades. A organização do trabalho de médicos e enfermeiros é ancorada em uma agenda fixa de atendimentos, enquanto os outros profissionais do Nasf ficam em posição periférica e serão acionados de acordo com as necessidades do serviço. Santos (2015) refere que a ESF precisa conhecer melhor a organização do trabalho do Nasf, inclusive, valorizar a prática matricial, em vez de priorizar atendimento individualizado e especializado. Nesse contexto, Hirdes (2015) considera necessário o entrosamento das equipes do Nasf e da ESF para que haja a prática de apoio matricial, e que, para tal, sejam considerados os princípios profissionais que a sustentam: a interprofissionalidade, o vínculo, a integralidade no cuidado, a acessibilidade, a resolutividade e a longitudinalidade.

A implantação do Nasf, sem a revisão dos documentos norteadores das práticas das ESFs, criou alguns paradoxos que necessitam ser revistos, tais como as diferentes exigências de produtividade e de estratégias de trabalho entre Nasf e ESF; demandas distintas de atendimento populacional, já que a ESF configura-se como porta de entrada da APS, e o Nasf não; diferentes prioridades de ação entre Nasf e ESF, com reflexos na divisão das tarefas e do tempo destinado a cada uma delas, entre outros.

Com relação ao processo de trabalho das equipes, perguntou-se aos sujeitos, considerando a sua prática cotidiana, quanto tempo do mês de trabalho (em porcentagem) eles dedicavam às atividades cotidianas. O *quadro 1* sintetiza as porcentagens médias estimadas pelos sujeitos para cada uma das atividades realizadas ou ferramentas usadas pelas equipes de ESF e Nasf, sendo que o total para cada sujeito deveria somar 100%, com direito à opção 'outros'. Perguntou-se, também, aos participantes da pesquisa qual seria o plano ideal de trabalho, solicitando que dissessem quanto tempo (estimado em porcentagem) dedicariam, se pudessem escolher, a cada uma das atividades citadas abaixo. A comparação entre as respostas deveria trazer uma medida do quanto o 'real' de trabalho dos profissionais interrogados se aproxima do que eles consideram 'ideal'. A extensão da diferença entre essas duas medidas seria um indicativo de quanto os profissionais ansiariam, ou não, por mudanças nessas proporções.

Quadro 1. Tempo dedicado (realmente e idealmente) às atividades/ferramentas de apoio matricial, segundo estimativas feitas pelos profissionais das equipes ESF e Nasf

Estimativas da distribuição de atividades	**ESF**	**Nasf**	**ESF**	**Nasf**
Segundo os profissionais entrevistados	**'Real'**	**'Real'**	**'Ideal'**	**'Ideal'**
1) Atendimento clínico	43,40%	15,44%	37,55%	9,71%
2) Apoio matricial	6,39%	14,85%	8,17%	17,35%
3) Educação permanente/capacitações	3,82%	7,35%	7,40%	11,76%
4) Reunião de equipe	9,20%	12,50%	8,61%	10,74%
5) Visitas domiciliares	12,64%	13,82%	10,64%	11,18%
6) Grupos terapêuticos	7,52%	18,68%	10,30%	18,90%
7) Tarefas administrativas	5,77%	7,09%	6,38%	6,24%
8) Outros	4,11%	3,00%	2,89%	2,88%

Nota: Os sujeitos estimaram a porcentagem de tempo que dedicam às atividades ou ferramentas de apoio matricial (´real`) e a porcentagem que gostariam de dedicar (´ideal`) dentro do período de um mês de trabalho. A adição das estimativas em cada caso totalizava 100%; as porcentagens apresentadas no quadro são as médias para cada atividade para cada equipe.

Quanto à estimativa da distribuição de atividades, constataram-se diferenças entre as equipes. Para os profissionais da ESF, as atividades que receberam as maiores porcentagens atribuídas foram: o atendimento clínico, que aparece com 43,4%, e as visitas domiciliares, com 12,64%. Observa-se, portanto, que, segundo a distribuição dos médicos e enfermeiros entrevistados, 65,24% das ações acontecem (provavelmente) sem o apoio do Nasf. No que se refere aos profissionais do Nasf, as atividades declaradas estão menos concentradas. Os grupos terapêuticos são os mais frequentemente apontados (18,68%), seguidos pelos de atendimento clínico (15,44%), das visitas domiciliares (13,83%) e das reuniões

de equipe (12,5%). A proporção do tempo dedicado às visitas domiciliares é semelhante nas duas equipes, mas não há dados para discriminar se são ou não visitas compartilhadas.

As análises inferenciais do comportamento dessas variáveis, empregando o modelo de análise de variância com medidas repetidas, permitem afirmar que: as médias de tempo gasto no atendimento clínico do grupo ESF são significativamente (p=0,001) maiores do que as do grupo Nasf, enquanto o tempo gasto pelo grupo Nasf é significativamente maior do que o dispensado pelo grupo ESF nas seguintes atividades: apoio matricial (p=0,001), nos grupos terapêuticos (p=0,001) e nas reuniões de equipe (p=0,034). Os profissionais dedicam, em média, mais tempo do que gostariam ao atendimento clínico (p=0,003) e às visitas domiciliares (p=0,011).

Quanto à comparação entre os eixos do 'real' e do 'ideal', notou-se, de maneira geral, pouca diferença; o que poderia ser um indicativo de que os profissionais, tanto do Nasf quanto da ESF, não anseiam por tantas mudanças. Entretanto, analisando cada resposta, percebem-se algumas discrepâncias. Com relação ao atendimento clínico, médicos e enfermeiros estão próximos do ideal, enquanto os profissionais de apoio avaliam que atendem mais do que deveriam. Ambas as equipes almejariam por mais oportunidades para praticar o apoio matricial e desejariam praticamente o dobro do que conseguem ter em termos de educação permanente e capacitações.

Esses resultados são significativos porque demonstram que a assistência e o cuidado prestados pelas duas equipes não são os mesmos. De maneira geral, profissionais médicos e enfermeiros atendem os pacientes individualmente, enquanto fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, nutricionistas e médicos especialistas praticam o atendimento em grupos. Essa estrutura indica a manutenção do modelo de atenção ancorado no atendimento por consulta individual no caso do profissional médico, e o do dispositivo grupo sendo perpetuado como prática multiprofissional pelos profissionais de apoio. Esta última parece ser uma tecnologia adotada pelos profissionais do Nasf, que é menos empregada pelos médicos e enfermeiros. Por outro lado, os profissionais do Nasf fazem, significativamente, menos atendimentos clínicos individuais que os da ESF.

Os pesquisadores se interessaram em saber quais são as reais possibilidades de os profissionais da ESF e do Nasf atingirem as prerrogativas do Ministério da Saúde, realizando discussões de casos clínicos, realizando atendimento compartilhado, tanto nas UBS quanto nas visitas domiciliares, e construindo conjuntamente projetos terapêuticos, de forma a ampliar intervenções no território e na saúde de grupos populacionais (BRASIL, 2014). Nesse sentido, perguntaram aos profissionais da ESF e do Nasf se eles dispõem de horários específicos em suas agendas para realizar ações conjuntas ou se essas acontecem de maneira mais flexível. A pesquisa estava interessada em saber, do ponto de vista dos entrevistados, se os compromissos semanais eram: a) fixos; b) estruturados, podendo haver mudanças ou encaixes; ou c) não estruturados. A *tabela 1* sintetiza as porcentagens médias de respostas relativas à flexibilidade no agendamento de compromissos entre as equipes.

Tabela 1. Organização das agendas de trabalho das equipes ESF e Nasf

Alternativas escolhidas pelos sujeitos	Grupo		Total
	ESF	Nasf	
Não	1	0	1
	2,4%	0,0%	1,3%
Sim, possuem horários fixos	30	20	50
	71,4%	58,8%	65,8%
Estruturados, mas podem haver mudanças e encaixes	11	12	23
	26,2%	35,3%	30,3%
Não estruturados; acontecem segundo a necessidade	0	2	2
	0,0%	5,9%	2,6%
Total	42	34	76
	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Os números da tabela correspondem, em cada caso, ao número de sujeitos que escolheram a alternativa indicada e à porcentagem que esse número representa com relação ao grupo (ESF, Nasf e Total).

É notável a presença de especificidades nas respostas das equipes. A maioria dos profissionais da ESF (71,4%) afirma que possui horários fixos em suas agendas para encontros com os profissionais do Nasf, enquanto, entre os profissionais do Nasf, 58,8% fazem essa afirmação. Por outro lado, entre aqueles que avaliam que os encontros são estruturados, mas pode haver mudanças e encaixes, os profissionais do Nasf são majoritários (35,3%). Com relação aos médicos e enfermeiros, 26,2%. Nenhum profissional da ESF respondeu que os encontros acontecem segundo a necessidade, enquanto 5,9% dos profissionais da equipe do Nasf fizeram essa afirmação. Essas diferenças parecem ser maiores que o esperado, caso fossem ações realmente compartilhadas, pois, se fosse esse o caso, as porcentagens atribuídas tenderiam a ser mais próximas entre as duas equipes. Para entender como se dão as trocas interdisciplinares entre os profissionais das equipes, indagou-se a respeito dos meios de comunicação privilegiados por eles. As trocas coletivas, durante as reuniões de equipe, foram a preferência geral, correspondendo a 81,4% das respostas de médicos e enfermeiros e a 67,6% das respostas dos profissionais do Nasf. A troca entre equipes durante o apoio matricial foi a resposta escolhida por 25,6% dos profissionais da ESF e por 17,6% dos lotados no Nasf. As trocas interdisciplinares durante o atendimento foram citadas por 14% dos profissionais da ESF e por 20,6% dos do Nasf; *e-mail*, SMS, WhatsApp e telefone celular com 18,4% para a ESF e 29,4% para o Nasf; conversas presenciais informais com 14% para a ESF e 32,4% para o Nasf; e outros, com 7% para a ESF. Esses resultados indicam que o dispositivo que mais viabiliza as trocas entre profissionais ainda são as reuniões, mesmo que pareçam atender melhor aos propósitos dos profissionais da ESF que aos do Nasf. Interessante notar que os especialistas se servem de meios de comunicação menos formalizados, tais como telefone, *e-mail*, SMS, conversas informais e trocas interdisciplinares, enquanto médicos e enfermeiros preferem os meios mais formalizados: reuniões e apoio matricial.

Convidados a avaliar a proporção (em porcentagem) de seu trabalho que consideram inovadora, que não seja apenas o que está prescrito no protocolo, os profissionais da ESF respondem que 29,26% de sua rotina de trabalho é inovadora, ao passo que

os profissionais do Nasf apresentam maior flexibilidade e inventividade de ações, com 48,06% de respostas. Esses dados são coerentes com os anteriores, relativos à rigidez das agendas de médicos e enfermeiros, que determinam boa parte de suas atividades e que ficam essencialmente centralizadas nos atendimentos clínicos, aos moldes das consultas ambulatoriais, reuniões e visitas domiciliares programadas. Cabe evocar Cunha e Campos (2011), quando afirmam que os trabalhadores da área da saúde tendem a querer lidar apenas com os problemas nos quais seu núcleo de conhecimento é suficiente para intervir, enquanto outros tipos de funcionamento podem ser vivenciados como inadequados e inoportunos ou invasivos. Essas são as razões que fazem com que esses profissionais apresentem baixa capacidade para lidar com a incerteza e com a interdisciplinaridade, o que dificulta o trabalho intra e interequipes.

O *quadro 2* apresenta a comparação das respostas que os dois grupos de sujeitos deram a duas questões: qual é a proporção do próprio trabalho (medida em porcentagem) que os trabalhadores avaliam como inovadora, definida como aquilo que escapa ao que é prescrito no protocolo; e como eles se posicionam com relação às seguintes práticas no seu cotidiano: clínica individual ou ampliada; projeto terapêutico protocolar ou singular; atendimento na unidade ou ações no território; atendimento individual ou em grupos, formação inicial ou educação permanente. Entende-se que o posicionamento dos profissionais com relação a esses pares de opostos pode dar uma indicação de que o modelo de atenção primária em saúde está guiando suas práticas. Comparando as medidas descritivas das duas equipes, obtiveram-se os seguintes resultados.

Quadro 2. Comparações entre equipes (ESF e Nasf) com relação ao caráter inovador do trabalho e à opção por variáveis que remetem a modelos de assistência opostos

Variáveis	Nível descritivo
Proporção do trabalho avaliada como inovadora, fora do prescrito no protocolo	0,002
Clínica individual/clínica ampliada	0,395
Projeto terapêutico protocolar/projeto terapêutico singular	0,055
Atendimento na unidade/ações no território	0,238
Atendimento individual/atendimento de grupos	0,001
Formação inicial/educação permanente	0,293

Nota: Os sujeitos foram solicitados a estimar (em porcentagem) a proporção do próprio trabalho que avaliam como inovadora, fora do prescrito no protocolo. Depois, tiveram que fazer uma opção entre os dois extremos de cada um dos pares de variáveis; eles deviam assinalar um número de 1 a 5, sendo 1 e 2 próximos de uma extremidade; 4 e 5, da outra; e 3, empate ou neutro. Para comparar as respostas das equipes (ESF e Nasf) com relação à estimativa de porcentagem e a cada uma das variáveis, empregou-se o teste t, de Student, para amostras não relacionadas.

A leitura dos resultados permite afirmar que existe diferença estatisticamente significativa ($p<0.005$) entre as duas equipes no que se refere aos seguintes conceitos: atendimento individual/atendimento de grupos, proporção do trabalho avaliada como inovadora, fora do prescrito no protocolo. Uma diferença um pouco menos marcante, mas, também, bastante acentuada ($p=0.055$), aparece no tocante à tensão entre projeto

terapêutico protocolar e PTS. No caso dos outros conceitos (clínica individual ou ampliada, atendimento individual ou ações no território e formação inicial ou educação permanente), as respostas das duas equipes foram menos contrastadas.

Articulando com os dados anteriores, percebe-se claramente uma diferença de modelo de atenção à saúde regendo o trabalho de cada equipe. Médicos e enfermeiros fazem um trabalho menos inovador, centrado no atendimento individual e em um projeto terapêutico protocolar, enquanto os profissionais de apoio matricial conseguem ser mais inovadores e ter mais abertura para as demandas que aparecem, baseando o trabalho deles nos atendimentos em grupo e nos PTS.

A fim de compreender o matriciamento como ação para os sujeitos que dele fazem parte, solicitou-se que ambos os grupos avaliassem sua resolutividade dentro da ESF, escolhendo entre as opções: ótimo, bom, regular e ruim. Nas respostas, o matriciamento e sua resolutividade aparecem como bons para os dois grupos, com 50% para ESF e 57,6% para o Nasf; regulares, com 40,5% para ESF e 12,1% para o Nasf; e ótimos, com 4,8% para ESF e 12,1% para o Nasf. Apenas a ESF escolheu a opção ruim, com 4,8% das respostas. Em maioria, as duas equipes responderam bom, com 53,3% das afirmações, embora a equipe do Nasf se mostre mais otimista comparativamente à equipe da ESF. Com relação à satisfação profissional, os participantes foram indagados sobre com que frequência eles saem do trabalho satisfeitos com as soluções que encontraram na sua prática profissional. Aparentemente, a satisfação é maior entre os profissionais do Nasf, uma vez que 79,4% respondem com frequência, enquanto, entre os profissionais da ESF, somente 67,4% optaram por essa resposta. Os profissionais da ESF atribuem 2,3% para a opção nunca e 23,3% para a opção raramente, e os profissionais do Nasf atribuem 17,6% para raramente. Percebe-se maior grau de exigência ou insatisfação entre médicos e enfermeiros que na equipe de apoio.

Os dados levantados confirmam as observações de Lancman *et al.* (2012), de que os profissionais do Nasf encontram dificuldade em articular com os profissionais da ESF, considerando as metas de produtividade assistenciais às quais esses últimos estão submetidos e os processos de trabalho já estabelecidos. Os dados obtidos corroboram pesquisas anteriores, que apontam para a necessidade de uma repactuação do trabalho, passando por um rearranjo das agendas e por um redimensionamento das proporções de tempo dedicado às diversas atividades (CUNHA; CAMPOS, 2011; GONÇALVES *ET AL.*, 2015; MOLINE-AVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). A dificuldade de atuar em equipe e desempenhar ações compartilhadas também foi observada por Gonçalves *et al.* (2015), que alertam para a necessidade de tempo e disponibilidade para o aprendizado.

Considerações finais

O Nasf foi criado com o objetivo de ampliar a abrangência e a resolutividade das ações da APS e de facilitar o acesso da população à assistência em saúde mais abrangente, evitando encaminhamentos a outros níveis de atenção. Entretanto, pelo que os resultados indicam, ainda não há efetividade das políticas previstas. A pesquisa permitiu afirmar que o serviço prestado pelos profissionais médicos e enfermeiros está organizado de acordo com uma agenda de consultas e reuniões bastante carregada, restando pouco tempo disponível para atividades não previstas, mas os profissionais têm o poder de adaptar sua agenda de acordo com a conveniência, com relativa autonomia, enquanto os profissionais especialistas organizam seu trabalho em função das demandas do serviço, o que retira deles, em parte, o controle sobre a organização do próprio trabalho. Ao que as análises indicam, os dois sistemas de funcionamento não estão articulados como seria teoricamente esperado. Profissionais da ESF realizam um trabalho menos inovador,

centrado no atendimento individual e em um projeto terapêutico protocolar, baseado em trocas interdisciplinares formalizadas em reuniões, ao passo que os profissionais de apoio matricial conseguem ser mais inovadores e ter mais abertura para as demandas que aparecem, baseando o trabalho nos atendimentos em grupo e nos PTS, estando mais abertos às formas de comunicação e de organização de agenda menos padronizadas.

As políticas públicas preveem que as equipes de profissionais do Nasf e das ESFs organizem seus processos de trabalho priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, valorizando a troca de saberes e a capacitação, mantendo sempre foco na integralidade, na humanização e na promoção de saúde, no território sob a responsabilidade delas.

É preciso considerar, ainda, outros fatores que também dificultam as ações de apoio matricial, que precisariam ser debatidas e reajustadas, tais como: a elevada demanda de atendimentos e a métrica para a avaliação de produção que regula o trabalho dos médicos e enfermeiros; a formação e a experiência de cada um dos profissionais; a facilidade e/ou dificuldade de cada um deles em compartilhar algumas ações; as exigências da população do território e da gestão local; o fato de que a rede de serviços de referência do território, especificamente a de saúde, é insuficiente para responder à demanda existente, gerando sobrecarga constante em todos os níveis de atenção.

Ressalte-se que essas repactuações dependem do movimento ativo e coletivo dos atores sociais envolvidos, profissionais da saúde e população, envolvendo, também, decisões políticas e cálculos econômicos. ■

Referências

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H.; BEZERRA, R. C. R. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiros: Fiocruz, 2009. p. 783-830.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família, v.1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*. Brasília, DF, n. 39, 2014.

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.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). *et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec, 2010.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Revista Saúde Soc. São Paulo*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). Portal de estatísticas do Estado de

São Paulo. *Análises e Estudos*. 2014. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/wp-content/uploads/2014/07/spdemog_jan2014.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

GONCALVES, R. M. A. *et al*. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), *Rev. Bras. Saúde Ocup*., São Paulo, v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015.

GOTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R. G. M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. *Saúde Soc*., São Paulo, v. 18, n. 2, p. 189-198, 2009.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde sobre o apoio matricial em Saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 371-382, 2015.

LANCMAN, S. *et al*. O processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus efeitos na saúde mental dos trabalhadores. *Relatório final CNPq*. São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/wp-content/uploads/2014/07/spdemog_jan2014.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

MERHY, E. E. A organização não existe, a organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. In: L´ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (Org.). *Análise Institucional & Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, p. 579-596, 2013.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MOLINE-AVEJONAS, D. R.; MENDES, V. L. F.; AMATO, C. A. H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 465-474, 2010.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

OLIVEIRA, G. N. Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica:* saúde ampliada e compartilhada. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 273-296.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, Rio de Janeiro, 2015.

ROSA, W. L. R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p.1027-34, 2005.

RIZZOTTO, M. L. F. *O banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90*: um projeto de desmonte do SUS. São Paulo, 2010. 267 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2010.

RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W. S. The World Bank and the Brazilian National Health System in the beginning of the 21st century. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 263-276, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200263&lng=en&nrm=iso> . Acesso em: 7 nov. 2016.

SANTOS, R. A. B. G. *Matriciamento na Atenção Básica*: estudo de equipes ESF e NASF atuando na região da Capela do Socorro-SP, 2015. 133 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/produto_tese_bx/030_bx_rosemeiresantos_produto.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2017.

TEIXEIRA, C. F. A mudança no modelo de atenção à saúde no SUS*:* desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. (Org.). *Modelo de atenção à saúde:* vigilância e saúde da família. Salvador:

EDUFBA, 2006. p. 19-58. (Série Sala de Aula, n. 3). Disponível em: <http://books.scielo.org/id/f7/00>. Acesso em: 7 ago. 2015.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à Saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. (Org.). *Modelo de atenção à saúde*: vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 129-68. (Série Sala de Aula, n. 3). Disponível em: <http://books.scielo.org/id/f7/03>. Acesso em: 7 ago. 2015.

VILLA, E. A. *et al*. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. S*aúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1033-1043, out./dez. 2015.

Recebido para publicação em novembro de 2016
Versão final em junho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Integralidade como processo intersubjetivo de construção de práticas em território de exclusão social

Integrality as an intersubjective process of construction practices in a territory of social exclusion

Rosilda Mendes[1], Maria Fernanda Petroli Frutuoso[2], Carlos Roberto de Castro e Silva[3]

RESUMO Para discutir a integralidade como processo intersubjetivo de construção dos diálogos e das negociações produzidas no cotidiano dos profissionais que buscam responder ao sofrimento gerado por condições sociais de exclusão, foi realizado um estudo a partir de entrevistas com profissionais de uma Unidade de Saúde da Família de Cubatão (SP). Os relatos apontaram discursos e ações que valorizam os vínculos intersubjetivos e os afetos, que podem ser transformadores se articulados com a dimensão política. Manifestam-se desejos e interesses de sujeitos e instituições e revelam-se esforços empreendidos, apesar da precariedade no estabelecimento de políticas públicas em territórios marcados pela exclusão.

PALAVRAS-CHAVE Integralidade em saúde. Estratégia Saúde da Família. Vulnerabilidade social. Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT *In order to discuss integrality as an intersubjective process for the construction of dialogues and negotiations produced in the daily life of professionals who seek to respond to the suffering generated by social conditions of exclusion, a study was conducted from interviews with professionals of a Family Health Unit in Cubatão (SP). The reports pointed out discourses and actions that valorize the intersubjective bonds and the affections, that can be transformative if articulated with the political dimension. Desires and interests of individuals and institutions are manifested and the efforts made are revealed, despite the precariousness in the establishment of public policies in territories marked by exclusion.*

KEYWORDS *Integrality in health. Family Health Strategy. Social vulnerability. Community Health Workers.*

[1] Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), campus Baixada Santista, Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva – Santos (SP), Brasil. *rosilda.mendes3@gmail.com*

[2] Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), campus Baixada Santista, Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde – Santos (SP), Brasil. *fernanda.frutuoso@unifesp.br*

[3] Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), campus Baixada Santista, Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva – Santos (SP), Brasil. *carobert3@hotmail.com*

DOI: 10.1590/0103-1104201711403

Introdução

A finalidade deste artigo é analisar a integralidade como processo intersubjetivo de construção dos diálogos e das negociações produzidos no cotidiano dos profissionais que buscam responder ao sofrimento gerado por condições sociais de exclusão, que são, por isso, injustas. Na perspectiva de oferecer respostas mais abrangentes, mais articuladoras e mais adequadas ao cuidado integral e às necessidades e demandas de saúde, visa, também, salientar certo modo de pensar e operar a integralidade problematizando as práticas de saúde que requerem conexões, mediações, colaborações e pactuações.

Vários autores apontam que não existe uma única forma de compreender a integralidade e reforçam o caráter polissêmico do termo. Seus múltiplos sentidos podem ser complementares e inter-relacionados e, da perspectiva da produção social da saúde, adquirem importância estratégica. Dessa forma, o desafio é tomar a integralidade em todas as suas dimensões (AYRES, 2009A; AYRES *ET AL.*, 2012; GOMES *ET AL.*, 2007; MATTOS, 2001; MATTOS, 2004).

De modo sumário, os estudos sobre integralidade compreendem as seguintes dimensões: a) as interações intersubjetivas, a integralidade dos saberes e práticas; b) a integralidade no campo social de trabalho em saúde e no território a partir da integração dos serviços com as famílias, com as comunidades e com as organizações locais; c) a integralidade que se estabelece com os outros níveis de atenção à saúde; e, ainda, d) em ações intersetoriais (MATTOS, 2001; GOMES *ET AL.*, 2007; AYRES, 2009A).

Ainda que esses aspectos apontem para uma gama de políticas e práticas no âmbito da produção social da saúde que requerem um grande conjunto de conexões, tornando, muitas vezes, a integralidade 'tarefa impossível', sua inscrição como objetivo seria uma oportunidade de problematizar o cotidiano das relações entre as equipes de saúde e os usuários e, nesse sentido, 'capaz de mobilizar desejos e vontades' (PASCHE; HENNINGTON, 2006).

Nessa direção, o conceito de potência de ação, elucidado por Espinosa na parte III e IV da Ética, permitirá identificar a afetividade como elemento importante no processo de emancipação do sujeito, o que sugere que, na relação intersubjetiva, os aspectos ligados à necessidade, aos valores éticos, ficam mais salientes. Segundo Espinosa (1973), afetamos e somos afetados configurando nossas potencialidades, as quais dependem de afetos alegres para que juntos possamos transformar a nós e a realidade que nos circunda. Nessa linha de pensamento, os relatos dos profissionais de saúde revelam a importância desses afetos.

Não é novidade a intensidade e a importância do vínculo afetivo que se estabelece no território por meio do trabalho dos profissionais de saúde. Em estudos de revisão sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF), verifica-se que, nos últimos anos, houve uma considerável melhoria na relação entre profissionais de saúde e usuários, que se sentem mais acolhidos, apesar de todas as limitações ainda presentes nas práticas de saúde (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Essas práticas de saúde são produzidas sempre a partir de relações entre atores nos diferentes serviços e territórios. Tal relação de natureza intersubjetiva envolve, necessariamente, uma dimensão dialógica e pressupõe que os profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos (MATTOS, 2004). É somente no 'agir com o outro' que se produzem práticas de integralidade. Ou seja, ela 'nunca se dá antes ou fora dessa rede relacional' (GOMES *ET AL.*, 2007).

Dessa perspectiva desdobram-se outras tantas, como as novas formas de produção de conhecimento e de cuidado, que valorizam os saberes científicos, mas, também, os não científicos. Santos (2010) fala de uma 'ecologia de saberes' com o intuito de escapar às amarras de uma modernidade extremamente cientificista e herdeira de um pensamento eurocêntrico, o qual eclipsa outras

racionalidades. Desse ponto de vista, reforça-se, também, a ideia de valorização da experiência que considera o senso comum, não aquele que reifica e discrimina a partir de crenças, mas aquele que coloca em cheque uma racionalidade científica dogmática, que resulta em desperdício da experiência (SANTOS, 2000).

Essas reflexões deram suporte aos resultados da pesquisa que buscou estudar a potência de ação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em território de alta vulnerabilidade. A imersão no cotidiano de trabalho das equipes de saúde de uma Unidade de Saúde da Família (USF) revelou experiências singulares que contribuíram para uma abordagem contextualizada da atuação do ACS. O sofrimento vivido pelo ACS catalisa a complexidade e as contradições das relações no território, as quais se pode compreender a partir da dialética do processo de inclusão e exclusão social, visto que esse sofrimento é da ordem do ético-político (SAWAIA, 2002) e produzido em contextos de alta vulnerabilidade social, dos quais o ACS faz parte.

Os resultados desta pesquisa indicaram que a prática desse profissional foi desencadeadora de uma compreensão crítica e ampliada do papel social da ESF naquele local (CASTRO-SILVA *ET AL.*, 2014; FRUTUOSO *ET AL.*, 2015). O tráfico de drogas mostra-se como uma força atuante junto às necessidades da população, que, muitas vezes, dita o modo de vida das pessoas (SAPORI; MEDEIROS, 2010). A USF, uma das poucas representações do poder do Estado no território, desenvolve, principalmente, ações pautadas pelo imediatismo, por tarefas ditadas pelos projetos e programas de atenção às doenças mais prevalentes e pelo esforço de superar dificuldades de um sistema pouco resolutivo, reforçador de uma visão biomédica. Tais fatos acabam por restringir ainda mais seu papel de protagonismo social num local onde a participação social é frágil e atravessada por políticas conservadoras e oportunistas (CASTRO-SILVA *ET AL.*, 2014; FRUTUOSO *ET AL.*, 2015).

Percurso metodológico

Do ponto de vista metodológico, este estudo de caráter qualitativo propiciou avanços na discussão da interface entre a saúde coletiva e as ciências humanas, com ênfase na psicologia social e comunitária e na antropologia aplicadas em um espaço de atenção básica à saúde em território de alta vulnerabilidade social.

Nessa perspectiva, considera-se útil a leitura da realidade a partir da abordagem sócio-histórica e cultural, de base materialista histórico-dialética, na medida em que a historicidade e a crítica são parâmetros de análise dos fenômenos sociais. Isso significa valorizar o caráter da reflexividade, ou seja, o homem pensa a si mesmo e em seu mundo permeado pelo contexto histórico em que vive:

> A consciência da historicidade ocorre no interior de uma rede de eventos difundida no tecido societário. Aqueles tempos históricos permitiram aos agentes sociais uma compreensão reflexiva, um novo entendimento de si mesmos. Viram-se ante o espelho de seu próprio modo de vida, de suas inquietações. (MAIA, 2013, P. 71).

A categoria de historicidade possibilita a desnaturalização de processos de saúde-doença e cuidado, pois suscita a apreensão das contradições sociais e históricas dos territórios e das comunidades, vividas no cotidiano das equipes de saúde. Dessa forma, corrobora-se Mattos (2004) ao discutir a importância da valorização de algumas experiências que possam contribuir para este debate e a contextualização de tais práticas, como fator relevante para um aprofundamento dos sentidos da integralidade em saúde.

O local do estudo foi a Vila dos Pescadores (VP), região dos manguezais de Cubatão, que teve sua origem nos anos de 1970 e está inserida no âmbito das transformações do espaço urbano ao longo das últimas décadas, onde se revela um quadro típico de exclusão.

Há de se destacar o grave problema de infraestrutura básica no local, especialmente com relação às palafitas localizadas no Rio Casqueiro, onde os dejetos e o lixo são depositados diretamente na maré, passando ao lado ou sob as moradias. Por se tratar de uma área de ocupação irregular, o governo não se compromete com melhorias na infraestrutura local. De acordo com dados estatísticos e epidemiológicos, a VP é considerada região de alta vulnerabilidade do município de Cubatão.

Indicadores sociais e de saúde do estado de São Paulo colocam a região administrativa da Baixada Santista, composta por nove municípios, incluindo o de Cubatão, entre as regiões de maior vulnerabilidade do estado. Cubatão é o único município não litorâneo da Baixada Santista e possui um perfil econômico predominantemente voltado para a indústria. O rápido processo de industrialização dos anos de 1950, acompanhado de uma urbanização desordenada, esgarçou os limites dos bairros periféricos da cidade e, atualmente, estende-se pela área continental de forma predatória, sobre importantes manguezais, ampliando os danos ambientais.

Tomando como ilustração o Índice Paulista da Primeira Infância, que reflete a capacidade do município de promover o desenvolvimento infantil por meio do acesso aos serviços de saúde e educação voltados às crianças menores de seis anos, sete dos nove municípios da região (incluindo Cubatão) encontram-se nos grupos com índice muito baixo e baixo, para o ano de 2014, correspondendo ao extremo de maior vulnerabilidade (SEADE, 2015). Já o Índice Paulista de Responsabilidade Social, a partir de dados de 2012, aponta que Cubatão, com relação às dimensões sociais, apresenta níveis de longevidade e de escolaridade abaixo da média do estado (SÃO PAULO, 2012).

As etapas da pesquisa realizada entre os anos de 2011 e 2013 foram: a) reconhecimento do território para compreender a organização do sistema de saúde, a organização social e comunitária e a organização da USF; b) realização de observações participantes das práticas dos ACS, registradas em diários de campo; e c) realização de entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas, com oito ACS, quatro gestores do serviço público de saúde de Cubatão, quatro profissionais da USF, a fim de compreender suas trajetórias de vida e seu trabalho. Os critérios de seleção dos sujeitos de pesquisa levaram em consideração o tempo na função maior que um ano, a disponibilidade de participar da pesquisa e a indicação pelos pares.

A sistematização dos dados consistiu da leitura flutuante do material, da qual emergiram as principais categorias empíricas organizadas em quadros descritivo-analíticos. A análise dos dados foi realizada por meio da hermenêutica de profundidade, que propõe a análise de fenômenos culturais, contextualizados sócio-historicamente, e uma metodologia que privilegia os fenômenos culturais e suas formas simbólicas, dentro de contextos estruturados (THOMPSON, 1995).

Todos os procedimentos éticos foram cumpridos conforme orientações do Comitê de Ética em Pesquisa, consubstanciados pelo CAAE: 06454412.3.0000.5505, segundo as recomendações sobre éticas de pesquisa consagradas no Brasil. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram obtidos junto aos participantes.

Resultados e discussão

Uma das categorias presentes nos discursos de profissionais e gestores evidenciou processos de trabalho em saúde orientados pela integralidade como prática intersubjetiva, temática a ser aprofundada neste artigo e apresentada em duas dimensões: 'integralidade: vínculos e compromisso ético-político'; e 'integralidade: conexões e diálogos inter e intrasetoriais', conforme será visto a seguir.

Integralidade: vínculos e compromisso ético-político

Ainda que muitos profissionais não tenham uma formulação teórica sobre a integralidade, muitos a praticam no seu cotidiano (MATTOS, 2004). Nos depoimentos dos gestores e profissionais de saúde sobre suas práticas profissionais, as diversas dimensões da integralidade são expressas a partir dos desafios e das possibilidades das relações entre recursos e sujeitos. Não é possível pensar em integralidade sem levar em conta essa interação entre sujeitos, profissionais de saúde e usuários e de profissionais entre si sem considerar o contexto de intersubjetividade da macropolítica à microesfera do cuidado (AYRES, 2009A).

A dimensão das interações intersubjetivas está presente nas diversas práticas em saúde da USF. Em algumas situações, pode-se perceber uma atitude mais proativa e colaborativa dos gestores na busca de resoluções de situações a partir de seus próprios recursos locais, o que expressa um afeto potencializador e coletivo:

> *A gente tinha esta articulação, a gente se reunia independente da nossa chefia, com consentimento e com ciência, mas no sentido de organizar uma rotina de trabalho, e aí eliminar todos os gargalos que existiam e ainda existem.* (Gestor).

Embora o gestor reitere, mais adiante, nesse discurso, a 'falta' de infraestrutura do serviço, a relação intersubjetiva revela o potencial de ação dos atores envolvidos, indicando a importância do protagonismo e de estratégias que reforçam a construção coletiva e que ganham forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado. O debate em torno da integralidade converge, portanto, para um modelo de saúde concebido a partir de tecnologias relacionais, possibilitando dar respostas adequadas às necessidades e demandas. O vínculo entre a equipe amplia os laços relacionais, desenvolve afetos e potencializa o processo terapêutico (SANTOS; ASSIS, 2006).

Também, os ACS exemplificam ações que valorizam os vínculos intersubjetivos e a dimensão do campo social de trabalho em saúde, uma vez que descrevem em suas práticas relações que estabelecem com as famílias e a comunidade, para além do espaço físico da USF. Nesse caso, a ACS compreende seu papel para além de uma mediação, assumindo um protagonismo solidário na consumação de uma determinada ação do serviço de saúde.

> *Já cheguei até ir de ambulância para o hospital, porque não tinha parente para acompanhar, e eu me dispus a ir, pedi autorização para sair da Unidade, para acompanhar meu munícipe até o Pronto-Socorro.* (ACS).

É possível destacar, das falas de gestores e profissionais, que esses vínculos evidenciam, por um lado, um comprometimento ético-político fundamental para encaminhamentos que buscam concretizar a integralidade. Os profissionais revelam conhecer o funcionamento do sistema e suas conexões e descrevem ações que ilustram resolutividade, reforçando que há exemplos de conhecimento-ação relacionados à integralidade do cuidado. Por outro lado, pode-se perceber uma exacerbação do seu papel de ACS na medida em que assume para si a responsabilidade dessa ação. Nesse sentido, percebe-se a complexidade da dimensão da ética na medida em que está associada ao contexto histórico-político e institucional no qual os profissionais estão inseridos.

Apesar dos ACS serem reconhecidos como sujeitos importantes para a construção da integralidade, que estabelecem diálogos e trocas com os profissionais e exercerem um papel resolutivo, notam-se expressões contraditórias quanto ao efetivo protagonismo desses profissionais na equipe:

> *Eu estou sempre junto com o agente comunitário.*

Vou lá, sento e converso. O agente faz parte da gente aqui, então, ele é meu braço, como é o braço do médico, da enfermeira, do atendente ali, do pessoal do agendamento de consulta ou do pessoal do agendamento de exames, porque o agente vai, ele capta o problema e vai. (Profissional de saúde).

Também, com relação à comunidade, observa-se que as contradições tornam ainda mais difícil a manutenção de vínculos, pois, algumas vezes, o profissional deve apostar especialmente em mecanismos informais e relações pessoais para garantir o cuidado em situações de precariedade de infraestrutura básica dos serviços de saúde, como no caso da 'falta de pomada':

A gente passa as necessidades para as enfermeiras e para a médica e, muitas vezes, a gente acaba fazendo coisas fora do que a gente tem que fazer. Hoje mesmo fui na casa de uma paciente, e ela estava sem uma pomada. Eu liguei para minha irmã, que trabalha no Pronto-Socorro da zona Noroeste – ela é auxiliar de enfermagem –, e ela vai pegar para mim. A gente acaba se adaptando, faz o nosso serviço, o que é pedido, e acaba tendo que fazer outras coisas, por dois motivos: a gente acaba se compadecendo do paciente e, se a gente só fizer o que está ali no papel, a gente não vai ser bem recebido. E assim a gente acaba criando um grande vínculo com a população. (ACS).

Nessa linha, percebe-se que há outro elemento para o aprofundamento do compromisso ético-político: a solidariedade. O que conduz a aproximar as noções de integralidade e solidariedade é o caráter relacional que atravessa as vivências, oferecendo as oportunidades de criar e recriar sentidos e significados acerca das práticas. A integralidade parece ser construída por esse sentimento solidário, indicando que a afetação gera ações, nesse caso, potência de ação, pois o ACS recorre a um profissional de outro serviço para conseguir a pomada. A integralidade, na perspectiva sócio-histórica, fala de um sujeito que se realiza ou realiza sua humanidade por meio da interação contextualizada com o outro (SAWAIA, 2002). Sem ser afetado, não há ação, não há vínculo e, por fim, não há resolutividade.

A gente às vezes tem medo de resolver essas coisas. Eu arrumei uma vaga na creche para uma criança. Pensei que a mãe dele ficaria ofendida, porque elas não fazem, e, se você for fazer, dependendo de quem for, pode se ofender. (ACS).

Eu já consegui até alimento para uma pessoa que estava precisando. Eu consegui... então, quer dizer, o trabalho do agente comunitário não se resume apenas na saúde da pessoa. (ACS).

A solidariedade é "conexão recíproca ou interdependência" (ABBAGNANO, 2007, P. 918), o que significa também entendê-la a partir da diversidade e da alteridade. No discurso anterior, essa característica é reforçada pela capacidade de se colocar no lugar do outro. No caso do trabalho do ACS, entrar em contato com a história de vida das pessoas significa vivenciar sentimentos ambíguos e intensos, tendo em vista a implicação das determinações sociais da saúde em territórios vulneráveis, inclusive, destacando a importância destas para o exercício efetivo de uma visão integral da pessoa e da comunidade (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014).

Na perspectiva da dinâmica institucional, nota-se que os afetos, que poderiam ser potencializadores de transformações na qualidade da assistência, ficam encapsulados em subjetividades apartadas do contexto, da vivência cotidiana do trabalho dos ACS. Um exemplo decorrente disso é o sofrimento gerado pela angústia de não conseguir dar um atendimento ao usuário do serviço. No relato de um gestor, é reforçado o papel do ACS quando, a partir da interação com pessoas no território, leva a demanda para o serviço de saúde e também aponta as fragilidades da atenção à saúde:

Sensibilidade de serem, não porta voz da população, mas de levarem essa demanda até o posto de saúde. E aí elas sofrem muito com isso. 'Você vai marcar o cardiologista para aquela paciente, porque ela não pode esperar mais!'. Elas se colocam no lugar do paciente. E são elas que acabam direcionando, de uma certa forma, a política pública, porque elas mostram para a gente uma demanda, uma situação que a gestão muitas vezes não enxerga, e, a partir disso, você acaba pensando uma política. (Gestor).

Considera-se que tais afetos podem ser transformadores se articulados com a dimensão política ou, dito de outro modo, se houver a politização dos afetos. Isso sugere, inicialmente, e, cabe reforçar, nas perspectivas sócio-histórica e dialética, a concepção de um sujeito que se forma na interação com seu meio social (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013). Nessa linha, politizar os afetos significa compreender, de uma maneira crítica, que as causas do sofrimento são desencadeadas pelas precárias condições de vida, ou seja, pelas determinações sociais, qualificadas por Sawaia (2002) como sofrimento ético-político.

Integralidade: conexões e diálogos inter e intrasetoriais

A inter e a intrasetorialidade, entendidas de forma ampla, compreendem a conexão entre setores e, sobretudo, entre sujeitos de setores sociais diversos para enfrentar problemas complexos. Essa perspectiva demanda, no entanto, um significativo esforço, no plano da interação, entre profissionais e usuários, para o estabelecimento de relações horizontais que favoreçam as possibilidades de diálogo, bem como no plano das articulações, entre saberes, setores de atividade e setores sociais.

Alguns discursos apontam a dimensão da articulação intersetorial de forma ampla, a exemplo da afirmação de que a integralidade

é questão dos direitos, porque é necessário integrar os vários setores e equipamentos para a gente poder levar uma saúde de mais qualidade e mais completa para a população. (Gestor).

Os discursos também manifestam o desejo de se articular e revelam os esforços empreendidos, apesar da precariedade e das dificuldades próprias do estabelecimento de políticas públicas integradas em territórios marcados pela exclusão. Essa integração poderia ser potencialmente maior, porém, limita-se às 'ações pontuais', como, por exemplo, 'um encaminhamento' ou o uso de espaços cedidos para reuniões:

A gente tenta oferecer um serviço [...] a gente não teve um trabalho junto com as ONGs, o Exército de Salvação e o Grupo de Apoio à Criança, com a Pastoral da Criança. Já existia um direcionamento das crianças que estavam subnutridas para a Pastoral da Criança, mas não era uma coisa, assim, como uma política implementada, era uma ação pontual. Aquela criança precisa, e a gente tem contato com a equipe da Pastoral, e a gente encaminha. A gente utilizava, também, bastante o Centro Comunitário, até porque a gente não tinha sala de reunião. (Gestor).

O que se tem observado é que a fragmentação de setores e práticas é uma realidade cotidiana, assim como a tensão permanente entre movimentos que tendem à interação e à articulação e, contrariamente, ao isolamento e ao distanciamento. Nessa linha, o incremento de articulações com as organizações de base comunitária torna-se essencial para o fortalecimento da participação social, aspecto que, segundo estudos de revisão sobre a ESF, tem se mostrado incipiente (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

A USF, com duas equipes, é o único equipamento público no bairro. As demais organizações, de base comunitária, como a sociedade amigos de bairro, a igreja e uma unidade educacional para crianças do Exército da Salvação, pouco se articulam às ações empreendidas pela USF.

Uma importante líder comunitária nos

relata a importância da igreja no enfrentamento de situações difíceis vividas em sua família. Segundo seu relato, sua vida foi marcada por tragédias familiares (morte de dois filhos, marido e um filho alcoólatra e uma filha com epilepsia). Não parece ser diferente com a ACS que mora no território e busca na igreja um apoio na criação dos filhos:

> *Eu sou evangélica. Fiquei uns 15 anos afastada e eu estou retornando porque eu gosto, para instruir meus filhos. Não é para passar tempo, para ocupar o tempo deles, porque é bom ter uma religião, e assim você acaba conhecendo outras pessoas, outro tipo de gente.* (ACS).

Particularmente, a igreja exerce um papel importante no território, pois mostra-se muito presente na convivência comunitária entre os moradores da VP e entre os profissionais de saúde, parecendo ocupar um lugar de suporte psicossocial para as pessoas. A relação da igreja com a sociedade é uma questão bastante ampla e complexa e reflete na condução de políticas públicas, que, na sua ausência, são os únicos recursos ofertados às classes mais vulneráveis. A religiosidade no Brasil constitui-se em uma ferramenta para lidar com os sofrimentos cotidianos e pode abrigar a contradição, proporcionando, às vezes, e ao mesmo tempo, libertação e aprisionamento (DALGALARRONDO, 2008).

A falta de articulações, que ocorre no nível intersorial, é também percebida no nível intrasetorial, isto é, entre os níveis de atenção à saúde. Ela aparece como predominante no discurso dos gestores, que pontuam inúmeros aspectos, como a dificuldade, na prática, de comunicação entre os serviços e os profissionais. É certo que essa dificuldade reflete na fragilidade de vínculos estabelecidos entre os serviços de saúde e os usuários, a ponto de impedir qualquer forma de acesso ao sistema, como bem relatou o Gestor:

> *Nós temos uma grande dificuldade porque os equipamentos não se conversam, embora pareça uma coisa integrada, na prática, não acontece muito. Então, você vê muito paciente pulando de serviço em serviço, isso até a hora em que ele consegue adentrar o sistema.* (Gestor).

Mesmo quando as várias dimensões da integralidade parecem já estar em pleno processo de ampliação e requalificação no plano discursivo, o acompanhamento dos usuários na rede de serviços de saúde é um dos grandes desafios a serem enfrentados no município. Nesse caso, observa-se um excesso de tecnicismo e burocratização do atendimento, os quais obstaculizam qualquer projeto terapêutico que vincule o usuário ao serviço. Em consequência, gera desistências e processos de cuidado inconclusos, resultantes de um sofrimento intenso, tanto para profissionais como para usuários:

> *Então, também, a contrarreferência e a referência ela não é feita corretamente. Já existe uma deficiência no preenchimento do prontuário. O médico, já na hora de preencher, já coloca: neurologista. Só preenche duas linhas no prontuário da pessoa, põe lá o valor da pressão, não coloca o que a pessoa tinha.* (Gestor).

> *A gente fala integralidade dos serviços de saúde, atender o paciente em todas as suas necessidades, então, quando a gente agenda a consulta de cardiologia, não é só agendar a consulta de cardiologia, é entender o porquê que ele está sendo encaminhado e fazer o tratamento pós. Então, é nesse sentido que a gente fala de integralidade das ações e dos serviços de saúde.* (Gestor).

A atenção à saúde mental mostra-se emblemática com relação às fragilidades da integralidade, pois evidencia os impactos da determinação social agravados pela precariedade do sistema. O esforço dos profissionais, relatado na pesquisa, minimiza tais fragilidades, no entanto, estas exigem disposição e empenho para efetivar os encaminhamentos previstos.

> *Agora, referente à coordenação, você acaba abrangendo mais o vínculo do Caps (Centro de Apoio Psicossocial) junto ao hospital e aos demais serviços. Você acaba articulando a rede. Hoje, temos um paciente que está no hospital há três meses, porque ele é andarilho, não tem documento... Na sexta-feira, entrei em contato com o Cimpri (Centro de Intervenção ao Migrante, População de Rua e Itinerante) para ver o que a gente pode fazer para devolver esse paciente para o território. Então, você articula a rede com os demais serviços.* (Profissional de saúde).

Essas considerações reforçam a ideia de integralidade, vinculada à perspectiva da visão integral dos sujeitos, muito difundida e referenciada aos demais princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). Afinal,

> aprendemos que universalização, equidade e integralidade são mutuamente referentes, cada um reclamando os demais para que se possa compatibilizar pragmatismo com utopia, realismo prático com capacidade de sonhar. (AYRES, 2009B, P. 13).

Reforçam, também, a ideia de sociabilidade e de redes, movidas por desejos e interesses, construídas no tecido social comunitário, nas quais a USF está incluída com profissionais de saúde implicados no enfrentamento de problemas, ainda que em condições consideradas adversas.

Considerações finais

Após mais de vinte anos desde a implantação, a ESF enfrenta muitos desafios relacionados à reorganização do sistema de saúde e ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. Tal constatação direciona o olhar para a necessidade de compreensão das consequências da desigualdade social na efetividade das ações de produção social de saúde em locais marcados pela pobreza extrema e pelos fatores associados, como a violência e o tráfico de drogas.

Ressalta-se, portanto, que a contextualização de determinadas experiências marcadas por processos de exclusão social, que indicam o agravamento das condições de vida, exige uma análise referenciada em parâmetros ético-políticos, pois contextualizar ações de saúde integradas e articuladas, valorizando uma sintonia entre necessidades e práticas, implica a superação de obstáculos provindos da exclusão social dos direitos básicos de grande parte da população atendida pela ESF. Assim, reforça-se que o princípio da integralidade seja referenciado a partir desses parâmetros e valorize a experiência dos sujeitos envolvidos nas práticas de saúde e os vínculos intersubjetivos.

Trazer reflexões sobre a integralidade por meio de discursos e práticas, em território marcado pela exclusão social, enseja um grande desafio para profissionais de saúde e outros atores sociais comprometidos com a transformação social, pois revela o esforço de um olhar mais sensível, que implica uma visão totalizante de sujeito.

Poder-se-ia interrogar sobre qual caminho seguir. Não há uma simples e única resposta, visto que as intersubjetividades construídas nos diferentes territórios suscitam respostas singulares e, também, coletivas. Entretanto, pode-se indicar a possibilidade de conexão entre afeto e política, ou de outra forma de politização dos afetos, visto que estes, ao serem construídos socialmente, refletem os hábitos e a visão de mundo. Nessa linha, a visão sócio-histórica serve de parâmetro de análise e interpretação da realidade, dado que busca a vivência dos sujeitos.

Ainda, seria possível vicejar ações coletivas pautadas pela participação social. Na imbricação desta última com a subjetividade, compreende-se que a participação é inerente à natureza humana, e não antagônica a ela, como é vista num contexto regido pelas normas de convivência capitalista (SAWAIA, 2002). Neste sentido, fala-se em vários níveis de conexão e trocas que podem ser produzidos na convivência cotidiana

entre as pessoas. Conexões que iluminam e qualificam as dimensões macro e micropolíticas do sistema de saúde e da prática da integralidade.

Colaboradores

Todos os autores participaram de todas as etapas deste estudo. ■

Referências

ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia*. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0953.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade,* São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, abr./jun. 2009a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104--12902009000600003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 nov. 2016.

_____. Prefácio à 8ª edição. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: Uerj; IMS; Abrasco, 2009b. p. 11-14.

AYRES, J. R. C. M. *et al*. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface,* Botucatu, v. 16, n. 40, p. 67-82, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100006>. Acesso em: 23 nov. 2016.

CASTRO-SILVA, C. R. *et al*. Participação social e a potência do agente comunitário de saúde. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 113-123, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000600012>. Acesso em: 23 nov. 2016.

DALGALARRONDO, P. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ESPINOSA, B. Ética. In: ESPINOSA, B. *Os pensadores.* São Paulo: Abril, 1973.

FRUTUOSO, M. F. P. *et al*. Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 337-349, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00337.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). *O mapeamento da atenção à primeira infância no estado*. 2015. Disponível em: <http://www.ippi.seade.gov.br/wordpress/wp-content/uploads/2015/09/mapeamento.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2016.

GOMES, P. S. *et al*. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R. *et al*. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS, 2007. p. 19-36.

MAIA, C. A. *História das ciências:* uma história de historiadores ausentes. Rio de Janeiro: Uerj; Faperj, 2013.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-6, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: Uerj; Abrasco, 2001, p. 39-64.

PASCHE, D. F.; HENNINGTON, E. A. Promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. *SUS:* ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec; Opas, 2006. p. 19-40.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, B.A. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, jan./mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29448.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

SANTOS, B. S. *A crítica da razão indolente:* contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. *Um discurso sobre as ciências.* 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SÃO PAULO (ESTADO). Assembléia Legislativa. *Índice Paulista de Responsabilidade Social* – Cubatão. 2012. Disponível em: <http:// http://indices-ilp.al.sp.gov.br/view/pdf/iprs/mun3513504.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2016.

SAPORI, L. F.; MEDEIROS, R. (Org.). *Crack:* um desafio social. Belo Horizonte: PUC-Minas, 2010.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. *As artimanhas da exclusão:* uma análise ético-psicossocial. 4. ed. São Paulo: Vozes, 2002.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia de Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 221-232, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023>. Acesso em: 23 nov. 2016.

THOMPSON, J. B. *Ideologia e cultura moderna.* Petrópolis: Vozes, 1995.

Recebido para publicação em janeiro de 2017
Versão final em junho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: CNPq – Edital MCT/CNPq 14/2011 (processo 475298/2011-0)

Fórum de Humanização: potente espaço para educação permanente de trabalhadores da Atenção Básica

Humanization Forum: powerful space for permanent education of workers of Primary Health Care

Naiára Casarin[1], Elizane Medianeira Gomes Pires[2], Lauana Borges Pedroso[3], Jessica Vaz Lima[4], Elenir Fedosse[5]

RESUMO O objetivo deste trabalho é discutir os resultados do primeiro Fórum Municipal de Humanização, usado como estratégia de educação permanente para trabalhadores da Atenção Básica. Os trabalhadores foram divididos em grupos para discussão de uma situação-problema e para, assim, buscar estratégias para efetivação da Política Nacional de Humanização. Participaram 71 profissionais de saúde, além de residentes e acadêmicos. Concluiu-se que o Fórum mostrou-se importante instrumento de educação permanente, instigando os profissionais a participar ativamente das discussões, com o intuito de construir e reconstruir processos de trabalho para desenvolver atenção integral aos usuários.

PALAVRAS-CHAVE Humanização da assistência. Educação continuada. Atenção Primária à Saúde.

[1] Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Santa Maria (RS), Brasil. *nah.casarin@gmail.com*

[2] Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Santa Maria (RS), Brasil. *elizanegomespires@gmail.com*

[3] Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Santa Maria (RS), Brasil. *lauanapedroso@hotmail.com*

[4] Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Santa Maria (RS), Brasil. *jessicavazlima@gmail.com*

[5] Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Santa Maria (RS), Brasil. *efedosse@gmail.com*

ABSTRACT *The objective of this work is to discuss the results of the first Municipal Forum of Humanization, used as a permanent education strategy for Primary Health Care workers. The workers were divided into groups to discuss the problem-situation and, therefore, search for strategies for the establishing of the National Humanization Policy. Participants included 71 health professionals, as well as residents and academics. It was concluded that the Forum was an important instrument of permanent education, instigating the professionals to actively participate in discussions, with the purpose of building and rebuilding work processes to develop integral care to users.*

KEYWORDS *Humanization of assistance. Education continuing. Primary Health Care.*

 DOI: 10.1590/0103-1104201711404

Introdução

Fóruns correspondem a uma modalidade de encontro e discussão assíncrona, em que cada participante pode expressar e produzir saberes, desenvolver capacidades comunicativas e contribuir para o conhecimento coletivo (BARROS; SOUZA, 2011). É um dispositivo de comunicação transversal, que provoca o aparecimento e a inclusão na roda de comunicação dos pontos e tensionamentos críticos, fazendo com que trabalhadores e gestores possam construir e reconstruir modos de gerir suas práticas profissionais (GUEDES; PITOMBO; BARROS, 2009).

Como processo de formação, os fóruns potencializam movimentos, contagiam e desestabilizam processos instituídos através da construção coletiva do saber, por meio da problematização do modo de cuidar e gerir (GUEDES; PITOMBO; BARROS, 2009). É um lugar de interação, de participação ativa e colaborativa de todos os envolvidos no processo, através da exposição de argumentos e contra-argumentos, para fazer a leitura da realidade de forma crítica (BARROS; SOUZA, 2011).

O fórum pode ser um instrumento de transformação não só para os trabalhadores envolvidos com a atenção, mas, também, para os gestores de saúde, ou seja, favorece quem realiza o cuidado em saúde e quem o gerencia. Faz com que os trabalhadores de saúde (da atenção e da gestão) sejam protagonistas, intervindo em sua realidade a partir das vivências para, através disso, buscar soluções inovadoras aos problemas cotidianos do seu ambiente de trabalho, desmanchando práticas cristalizadas nos serviços de saúde (GUEDES; PITOMBO; BARROS, 2009).

Sabe-se que as aprendizagens são efetivadas quando fazem sentido ao aprendiz, quando lhe trazem significado (FREIRE, 1988). Portanto, convém abordar as práticas de saúde (de atenção e gestão) para o enfrentamento dos problemas, fazendo emergir soluções a partir dos desafios encontrados nos serviços, e, nesse sentido, os fóruns se apresentam como instrumentos que potencializam espaços de discussão, rompendo práticas cristalizadas e, assim, mantendo-se potentes na educação permanente dos trabalhadores, tal como previsto na Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004) e na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2004). Acredita-se, pois, que os fóruns caracterizam-se como espaços onde é possível dar voz e escuta aos participantes, ou seja, os fóruns oportunizam o poder de dizer e de ouvir sobre o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, e, nesse atento e constante diálogo, pode-se alcançar a qualidade desejada da atenção e da gestão em saúde.

A PNH (BRASIL, 2004) busca o (re)encantamento das práticas de gestão e de atenção à saúde; inclui, como protagonistas e corresponsáveis, os diferentes sujeitos (gestores, profissionais e usuários) envolvidos na produção de saúde (BRASIL, 2004; PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011). É uma política voltada para a reinvenção dos modos de gerir e de cuidar, tendo como diretrizes o acolhimento, a ampliação da clínica – Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), entre outros –, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Sabe-se que para se alcançar os intentos da PNH, convém sensibilizar os trabalhadores da saúde e qualificar suas práticas de cuidado e de gestão. A PNEPS tem o objetivo de aprimorar o modelo de atenção à saúde, atuando sobre os serviços, profissionais e gestores por meio da identificação das necessidades dos trabalhadores e construindo estratégias para qualificar a atenção e a gestão em saúde (BRASIL, 2009; CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009).

Na perspectiva da educação permanente, os profissionais são atores reflexivos de suas práticas e não apenas receptores de conhecimento. Assim sendo, podem construir conhecimento e buscar alternativas para as dificuldades encontradas nos cotidianos do trabalho (BRASIL, 2009).

A educação permanente é um recurso que possibilita aos trabalhadores a efetivação de políticas publicas de saúde. Os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto educandos e educadores permanentes, podem ser protagonistas de seus saberes-fazeres, encontrando nos fóruns condições que proporcionam o (re)encantamento de suas práticas, a aproximação entre os trabalhadores da saúde, especialmente os da Atenção Básica (AB), coordenadora do cuidado no interior das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e *locus* privilegiado de promoção da saúde (BRASIL, 2012), para fortalecer os serviços e garantir atenção universal, equânime e integral aos usuários do SUS (BRASIL, 1990).

O objetivo deste estudo é, pois, apresentar e discutir os resultados do primeiro Fórum Municipal de Humanização, usado como estratégia de educação permanente para os trabalhadores da AB de um município de médio porte do interior gaúcho.

Metodologia

Este estudo foi elaborado a partir de uma pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética de uma Universidade pública do Rio Grande do Sul/RS – sob o número 1.099.207/2015 –, que se ocupou em identificar e intervir sobre o conhecimento de trabalhadores da AB de um município gaúcho de médio porte, sobre a PNH. Refere-se, portanto, à intervenção realizada (Fórum Municipal de Humanização) junto aos referidos trabalhadores de saúde.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida por meio de rodas de conversas, método que possibilita o encontro e o diálogo, criando possibilidades de produção e ressignificação de saberes entre os participantes. As rodas de conversa são baseadas na horizontalidade das relações (poder distribuído), sendo os sujeitos envolvidos atores críticos e reflexivos da realidade vivenciada/experienciada. São espaços de construção de novas possibilidades dadas pelo ato de perceber e refletir, agir e modificar dos participantes, que se reconhecem como condutores de sua ação (SAMPAIO *ET AL.*, 2014).

O Fórum Municipal de Humanização contou com a participação dos profissionais da AB, provenientes das Estratégias Saúde da Família (ESF), das Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e das com Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde (UBS+EACS), com duração de quatro horas. Todos os profissionais da AB foram convidados a participar do Fórum por meio de convite formal enviado pelo órgão da Secretaria Municipal de Saúde, responsável pela educação permanente de seus trabalhadores.

O Fórum contou com as seguintes etapas:

1ª etapa: apresentação dos resultados da referida pesquisa para os trabalhadores da AB (profissionais e gestores municipais), destacando-se como resultado importante o desconhecimento da PNH por parte dos trabalhadores, que deveriam usá-la como referência nos serviços de saúde para promover cuidado integral e humanizado aos usuários do SUS;

2ª etapa: realização de uma conferência de abertura proferida por importante estudiosa e agente política da PNH, por meio da qual se pretendeu sensibilizar os trabalhadores sobre o tema;

3ª etapa: o conjunto de trabalhadores foi dividido em três grupos (pré-organizados no ato da inscrição pelos números 1, 2 e 3), resultando em três grupos para desenvolvimento das rodas de conversa. O primeiro grupo discutiu o subtema 'Cuidado Humanizado'; o segundo, 'Cuidado em AB/ESF e o seu papel dentro das RAS'; e o terceiro, 'Clínica Ampliada e PTS'. Cada grupo contou com um facilitador (pesquisadora) e um relator (trabalhador da AB que registrou a síntese das discussões e a apresentou ao grande grupo). Ressalta-se que, durante a discussão, foram elaboradas estratégias para efetivação da PNH e de seus dispositivos, considerando a rede de serviços disponíveis no município;

4ª etapa: socialização das discussões

– apresentação da síntese de cada grupo/das propostas para melhorar o processo de trabalho nas unidades de saúde – para o grande grupo. Ainda nesta etapa, como resultados desse Fórum, foram acordadas três ações: i) divulgação das discussões realizadas, pelos participantes, no interior das ESF e das UBS tradicionais e com EACS; ii) continuidade da educação permanente referente à PNH; e iii) realização do segundo Fórum sobre Humanização.

A discussão, nos três grupos, teve como norte a seguinte situação-problema:

> *Débora, que trabalha como diarista, tem passado noites em claro, pois Vítor, seu filho de nove anos, apresenta febre e dores de cabeça há alguns dias. Antes de ir ao trabalho do dia, Débora levou Vítor a um Pronto Atendimento (PA), demorando 25 minutos para chegar (de ônibus). Ao chegar lá, foi avisada que não havia pediatra e orientada a procurar o posto de saúde mais próximo de sua casa. Ela achava que o posto não ia atender, pois já eram 10h da manhã e Vítor não tinha consulta marcada. Ao chegar à Unidade de Saúde da Família, informando que o PA a encaminhou com o filho, disseram a ela que o acolhimento era das 7h às 9h. Débora, apesar de muito nervosa, devido ter faltado o trabalho e preocupada com a saúde do filho, não foi atendida por ter extrapolado o limite de atendimentos do turno.*
>
> *Na saída da ESF, encontrou o seu agente de saúde e relatou o ocorrido. Ele, por sua vez, reforçou a falta de vagas para atendimento médico. Na próxima reunião de equipe, o ACS* [Agente Comunitário de Saúde] *comentou o ocorrido e contou a história daquela família: 'Débora, 27 anos, mãe de quatro filhos, provedora do lar, casada com Marcos, 33 anos, sem emprego fixo, dependente de álcool, com história de surto psicótico. Dos filhos, dois são adolescentes, uma menina e um menino, com 13 e 11 anos, respectivamente, estes não são filhos de Marcos. As outras duas crianças filhas do casal são dois meninos de 9 e 4 anos. A ACS conta que Vitor apresenta problemas de aprendizagem na escola com frequente envolvimento em brigas, somado a isso, a filha adolescente de 13 anos é vista frequentemente namorando diferentes meninos'.*

A análise das propostas foi realizada através da análise de conteúdo (BARDIN, 1977). A análise de conteúdo, como um método, configura-se como um conjunto de técnicas de análise de comunicações; adota procedimentos sistemáticos e objetivos para descrever e produzir inferências do conteúdo das comunicações emergidas em um determinado contexto social (CAMPOS, 2004; CAREGNATO; MUTTI, 2006; FARAGO; FOFONCA, 2007). Portanto, os resultados foram organizados e pré-analisados, explorados (codificados e categorizados) e, finalmente, interpretados.

Resultados

Participaram do Fórum Municipal de Humanização 71 profissionais da AB, sendo 61 das ESF, 10 das UBS + EACS, 29 residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Sistema Público de Saúde e 11 acadêmicos das universidades pública e privada do município. Dos trabalhadores do município, 33 eram ACS, 6 Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), 6 dentistas, 13 enfermeiros, 4 médicos e 9 técnicos de enfermagem.

O grupo I contou com 19 participantes, já o grupo II, com 25, e o grupo III, com 18 participantes. Note-se que nove trabalhadores não participaram das rodas de discussão, ou seja, participaram apenas das fases expositivas (duas primeiras etapas) do Fórum.

As figuras a seguir representam as propostas de cada roda de discussão.

Figura 1. Roda de conversa I – Subtema: Cuidado Humanizado

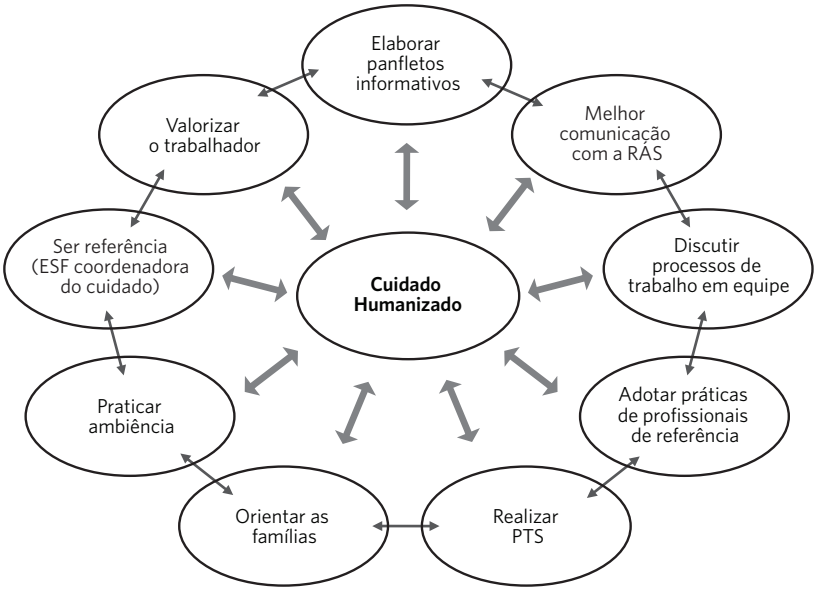


Figura 2. Roda de conversa II – Subtema: Cuidado em AB/ESF e o seu papel dentro da RAS

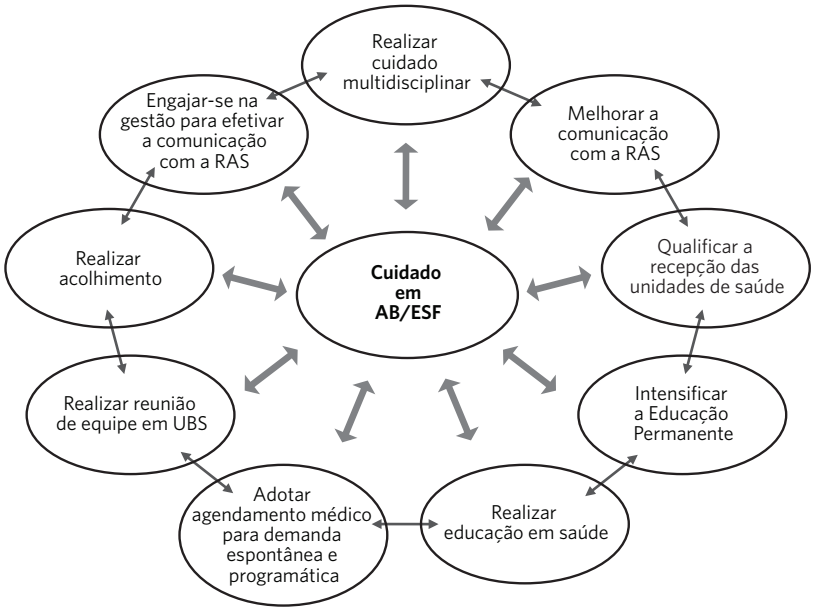
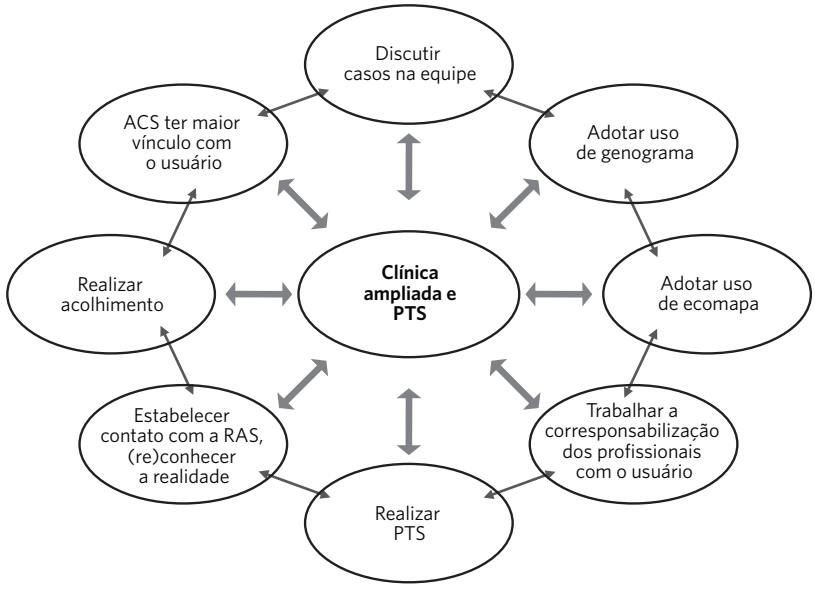


Figura 3. Roda de conversa III – Subtema: Clínica Ampliada e PTS



Discussão

Os momentos vivenciados por cada grupo viabilizaram a observação do processo de trabalho cotidiano, permitindo questionamentos sobre os conhecimentos prático e teórico dos trabalhadores de saúde, incentivando-os a (re)fazer ações de maneira diferenciada (BRASIL, 2009). Portanto, o Fórum Municipal de Humanização proporcionou a participação ativa dos trabalhadores da AB e favoreceu o (re)conhecimento sobre PNH e PNEPS, evidenciando, tal como sugerem os documentos oficiais do Ministério da Saúde, que se pode modificar as práticas enraizadas nos serviços por meio de ações educativas e da reflexão compartilhada e sistemática entre os que elaboram e produzem ações de saúde.

O fórum constitui-se como uma ferramenta importante de educação permanente aos profissionais da AB do município, pois possibilitou troca de ideias, entrelaçamento de vozes que constroem e descontroem opiniões, fortalecendo a construção coletiva e colaborativa. Pode-se dizer que no Fórum foi exercitada a argumentação, um espaço voltado para a criação de aprendizagem colaborativa, pautada na participação ativa de todos. A argumentação de diferentes atores que defendem seus pontos de vista influencia a formação da opinião dos outros, possibilitando, assim, a reflexão (BARROS; SOUZA, 2011).

A educação permanente, realizada na modalidade de fórum, reforça seus propósitos de ser uma estratégia de gestão que visa a provocar mudanças nos trabalhadores e em suas práticas, assim como proporcionar a aquisição e/ou a atualização de conhecimentos, favorecendo mudanças na forma de organização e planejamento dos serviços, visto que deve ser realizada de acordo com as necessidades cotidianas das práticas em saúde (BRASIL, 2012).

O Fórum realizado com os profissionais de saúde da AB, ao proporcionar espaço de discussão sobre humanização e educação permanente, conforme dito anteriormente, suscitou a necessidade de revisão dos processos de trabalho dentro das ESF e UBS tradicionais e com EACS, ou seja, possibilitou reflexão das práticas diárias de cuidado em saúde. Os profissionais trouxeram

como sugestão, para a efetiva realização do cuidado humanizado, a necessidade de discutir os processos de trabalho em equipe. Este, o trabalho em equipe, uma das tão almejadas mudanças no modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2009).

A comunicação deficitária com a RAS também foi levantada como um problema enfrentado nos serviços, que dificulta a resolutividade e leva à manutenção fragmentada do cuidado, dado esse também encontrado por outros autores (MEDEIROS; GERHARDT, 2015; OLIVEIRA *ET AL.*, 2016). O centro de comunicação das RAS se localiza na AB. É ela a ordenadora do cuidado, o que significa que, além de encaminhar o seu usuário aos serviços de média e alta complexidades, é na AB que o usuário deve receber suporte para cuidar de sua saúde (MENDES, 2011). Nesse sentido, ficou evidente a percepção dos profissionais que atuam nas ESF e na UBS tradicionais e com EACS de que é muito importante (re)conhecer a RAS para que se possa encaminhar e acompanhar o caminho que o usuário percorre, para que ele não se perca na rede.

Outro importante aspecto evidenciado foi a necessidade de realizar acolhimento (apontamento dos grupos 2 e 3). Além de ser, preferencialmente, a porta de entrada na RAS, a AB deve ser 'porta aberta' para atender à demanda espontânea e dar respostas satisfatórias aos usuários. Preconizado pela PNH, o acolhimento vem com a perspectiva de mudança na forma de acolher e resolver as queixas e dúvidas que chegam às unidades de AB. Os profissionais devem ter a sensibilidade de ampliar a escuta das queixas e perceber o sofrimento que não é relatado pelo usuário, favorecendo a criação de vínculo (BRASIL, 2013).

O acolhimento está presente em todas as relações de cuidado, entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas e em lugares variados (na recepção, na sala de espera, nos consultórios, fora da ESF), sendo uma atribuição comum a todos os membros da equipe multiprofissional, favorecendo a ampliação do acesso (FAUSTO *ET AL.*, 2014; ROCHA; SPAGNUOLO, 2015). Geralmente, a recepção é o primeiro contato que o usuário tem quando entra na unidade. Uma das propostas do grupo 2 foi a qualificação da recepção, uma situação observada como frágil em várias unidades/serviços de saúde. Quando não há recepção ou quando o recepcionista é pouco solícito, o usuário, que vai à unidade porque está à procura de ajuda/está fragilizado, acaba não sendo acolhido de forma adequada (BRASIL, 2013).

Outra sugestão apontada, pelos trabalhadores do grupo 3, foi a construção de genograma e ecomapa das famílias, elaborações importantes para se compreender o contexto familiar dos usuários. Os dois instrumentos permitem conhecer as famílias em seus aspectos sociais, emocionais e de saúde, podendo identificar, assim, suas potencialidades e dificuldades.

O genograma (árvore da família) é um recurso elaborado a partir de uma entrevista realizada por um profissional da unidade, com participação ativa da família; traz informações demográficas, de posição funcional, recursos e acontecimentos críticos na dinâmica familiar. Através dele, a equipe de saúde pode visualizar o processo de adoecimento, facilitando o plano terapêutico (MELLO *ET AL.*, 2005; PEREIRA *ET AL.*, 2009).

O ecomapa, por sua vez, fornece uma visão ampliada, além do contexto familiar, delineando a estrutura de sustentação e o elo entre a família e a sociedade. Mostra os vínculos da família com a comunidade, possibilitando avaliar apoios e suportes disponíveis nesse espaço. Permite visualizar as relações da família com o meio em que se encontra (MELLO *ET AL.*, 2005; PEREIRA *ET AL.*, 2009).

Para proporcionar atenção integral aos usuários, os profissionais dos grupos 2 e 3 indicaram que o cuidado multiprofissional é indispensável nas equipes de saúde. O trabalho multiprofissional promove o desenvolvimento do trabalho em equipe e a troca de

saberes dos diferentes núcleos profissionais para a construção de novos conhecimentos. É a partir da discussão de cada núcleo profissional que se alcança um olhar ampliado da saúde do usuário, e, assim, possa ser realizado um PTS adequado. Com a equipe multiprofissional, desenvolve-se melhor a continuidade do cuidado e o acompanhamento dos usuários, promovendo corresponsabilização entre profissional e usuário, melhora do vínculo e, consequentemente, maior adesão ao tratamento (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009; OLIVEIRA, 2006).

Uma das estratégias reconhecidas pelos trabalhadores da AB que pode ser implementada para proporcionar cuidado ampliado, com a participação ativa do usuário, foi a elaboração do PTS. O PTS pode ser elaborado para um indivíduo ou grupo e usado como condutas terapêuticas articuladas em uma equipe multiprofissional. Geralmente, é utilizado em situações complexas, em que um profissional, sozinho, não conseguiria gerenciar o cuidado adequado ao usuário. Além dos profissionais, quem deve participar ativamente é o indivíduo, juntamente com a sua família, para que a conduta terapêutica tenha maior adesão e seja realizada de acordo com as necessidades do usuário. No PTS, há que se ter um profissional de referência, preferencialmente, aquele que tem maior vínculo com o usuário/grupo em questão (BRASIL, 2008).

O grupo 1 indicou, ainda, a necessidade de valorização do trabalhador de saúde. Para valorizar o trabalhador, é necessário promover mudança no modelo de gestão fundamentado na hierarquia e no autoritarismo, por um modelo moderno baseado na cogestão, proporcionando corresponsabilização de todos pela atenção aos usuários (SCHUBERT, 2010). Diante disso, a educação permanente pode ser um mecanismo de valorização do trabalhador da saúde, visto que possibilita estreitar laços de trabalho, fazendo com que não haja barreiras entre gestão e profissional de saúde e com que a opinião de todos seja relevante no processo de trabalho. Assim, os trabalhadores se sentirão valorizados, favorecendo as mudanças nos serviços de saúde.

Com a valorização do profissional de saúde, este poderá ser promotor de mudanças no seu ambiente de trabalho, introduzindo instrumentos de educação em saúde para os usuários. Um desses instrumentos que pode ser elaborado é a criação de panfletos informativos, contendo todas as informações sobre a rotina dos serviços de saúde, favorecendo a comunicação com os usuários. Essa foi uma proposta citada pelos profissionais do grupo 1.

A ambiência, como dispositivo da PNH, também interfere no trabalho dos profissionais de saúde, gerando insatisfação e desmotivação para pensar e realizar novos processos de trabalho. A ambiência, por si só, não muda o processo de trabalho, mas ela pode facilitar os processos de mudanças (SCHUBERT, 2010). É entendida como um espaço social, profissional e de relações interpessoais, que seja facilitador no processo de trabalho, propiciando atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo; que garanta conforto aos trabalhadores e usuários (BRASIL, 2010).

Como pontos positivos do Fórum, podem-se citar: o reconhecimento da importância do trabalho em equipe na elaboração das propostas; a conscientização da carência de conhecimento sobre as políticas de saúde, bem como sobre as redes de atenção disponíveis no município; a necessidade de mais espaços de discussão para os trabalhadores, juntamente com os gestores, ou seja, a necessidade de aproximação da gestão dos processos de trabalho das equipes de saúde.

Conclusões

O Fórum de Humanização mostrou-se importante instrumento de educação permanente, e é a partir de contínuas discussões sobre as práticas diárias que se constrói e reconstrói processos de trabalho para desenvolver atenção integral aos usuários.

Como estratégia de educação permanente, buscou-se, com o Fórum, debater as necessidades dos trabalhadores de saúde e instigar práticas inovadoras nos serviços do referido município.

As dificuldades apontadas foram semelhantes entre os grupos, mostrando que o cenário de trabalho desses profissionais necessita de mudanças. As mudanças serão possíveis com o trabalho multiprofissional, preferencialmente, com abordagem inter ou transdisciplinar, com a participação de toda a equipe e o engajamento da gestão. Além disso, os profissionais levantaram a necessidade de (re)conhecer a RAS do seu município, tendo em vista que a AB é a ordenadora do cuidado do usuário, sendo indispensável o conhecimento da mesma.

Faz-se necessário dar prosseguimento às discussões por meio de outros fóruns, dando voz aos trabalhadores de saúde, bem como aproximar a gestão municipal dos processos de trabalho vivenciados em cada serviço/unidade de saúde, reforçando, assim, essa modalidade de Educação Permanente, praticando-se a participação ativa e corresponsável pelos processos de planejamento e execução de ações resolutivas em AB. ■

Referências

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

BARROS, J. C.; SOUZA, P. N. Práticas discursivas de uma tutora em fóruns de discussão online. *Veredas:* Revista de Estudos Linguísticos, Juiz de Fora, v. 1, p. 383-397, 2011. Disponível em: <http://www.ufjf.br/revistaveredas/files/2011/05/ARTIGO-271.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Caderno28volI.pdf.>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atençao Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF:

Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: política nacional de humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: 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] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 mar. 2016.

CAMPOS, C. J. Content analysis: a qualitative data analysis tool in health care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, out./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. sup. 1, p. 48–51, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000500008>. Acesso em: 20 mar. 2016.

FARAGO, C. C.; FOFONCA, E. A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. *Linguasagem*, São Paulo, v. 18, p. 1-5, 2007. Disponível em: <http://www.letras.ufscar.br/linguasagem/edicao18/artigos/007.pdf >. Acesso em: 20 mar. 2016.

FAUSTO, M. C. R. *et al*. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 13-33, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 mar. 2016.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1421-1428, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/240767221_Trabalho_em_equipe_multiprofissional_a_perspectiva_dos_residentes_medicos_em_saude_da_familia>. Acesso em: 20 mar. 2016.

FREIRE, P. *Educação e Mudança*. São Paulo: Paz e Terra, 1988.

GUEDES, C. R.; PITOMBO, L. B.; BARROS, M. E. B. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. *Revista de Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1087-1109, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/physis/v19n4/v19n4a10.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

MEDEIROS, C. R. G.; GERHARDT, T. E. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 160-170, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00160.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

MELLO, D. F. *et al*. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 79-89, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v15n1/09.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Revista Saúde Pública,* São Paulo, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/25.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

OLIVEIRA, L. A. *et al*. Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 8-21, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042016000200008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 mar. 2016.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011. Disponível em: <http://www.siga.fiocruz.br/arquivos/ss/documentos/editais/4_Artigo%202%20MP%20Rede%20Cegonha.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

PEREIRA, A. P. D. S. *et al*. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 407-416, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/12.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

ROCHA, S. A.; SPAGNUOLO, R. S. Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 124-135, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00124.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

SAMPAIO, J. *et al*. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface*, Botucatu, v. 118, supl. 2, p. 1299-1312, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1299.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2016.

SCHUBERT, L. P. *Gestão de pessoas*: a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde. 2010. 70 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) – Escola de Saúde Pública Professor Mestre Osvaldo de Oliveira Maciel, Florianópois, 2010.

Recebido para publicação em março de 2017
Versão final em agosto de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: esta pesquisa teve auxílio financeiro indireto para sua realização, uma vez que foi desenvolvida no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde – UFSM e as quatro primeiras autoras receberam bolsa durante o período da Residência

Solicitação de exames de apoio diagnóstico por médicos na Atenção Primária à Saúde

Request for tests of diagnostic support by physicians in Primary Health Care

Maria Fernanda Santos Figueiredo[1], Luciana Mendes Araújo Borém[2], Marta Raquel Mendes Vieira[3], Maisa Tavares de Souza Leite[4], João Felício Rodrigues Neto[5]

RESUMO Objetivou-se compreender a solicitação de exames por médicos na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de estudo qualitativo, com médicos de família de Montes Claros (MG). Os dados foram obtidos por entrevista não estruturada e examinados via análise do discurso. A solicitação de exames é influenciada pela formação profissional, pelas características da Estratégia Saúde da Família – primeiro contato para as questões de saúde; realização do cuidado integral, continuado e coordenado pela equipe –, pela possibilidade de gerir o tempo de atendimento, pelo trabalho multiprofissional e pelas dificuldades enfrentadas – demanda dos pacientes por exames e pressão dos gestores por menos solicitações.

PALAVRAS-CHAVE Testes diagnósticos de rotina. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Educação médica. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT *This is a qualitative study with family physicians from Montes Claros (MG), aimed at understanding the request for exams by physicians in Primary Health Care. Data were obtained by means of unstructured interviews and were examined through discourse analysis. The request for exams is influenced by professional education; by Family Health Strategy characteristics, the first contact on health issues; by carrying out integral and continued care, coordinated by the team; by the possibility of managing attendance duration; by multi-professional work; and by difficulties faced: demand for exams by the patients and pressure by managers for less requests.*

KEYWORDS *Diagnostic tests, routine. Primary Health Care. Family Health Strategy. Education, medical. Qualitative research.*

[1] Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil. Faculdades Integradas Pitágoras – Montes Claros (MG), Brasil. *mfsfbrito@yahoo.com.br*

[2] Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil. *lmendesab@hotmail.com*

[3] Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil. *martaraquelmendes@hotmail.com*

[4] Universidade do Estado de Minas Gerais (Uemg) - Passos (MG), Brasil. *mtsiv@terra.com.br*

[5] Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil. *joao.felicio@unimontes.br*

DOI: 10.1590/0103-1104201711405

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), proposta na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata/URSS, constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados à saúde com vistas à promoção, manutenção e melhoria da saúde (OPAS, 1978), tendo como foco o indivíduo e não a doença (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS (MENDES, 2012). Este nível de atenção constitui a porta de entrada para o sistema de saúde, oferecendo aporte regular de cuidados, que atendem às necessidades mais comuns da população, com a continuidade da atenção, de um modo integrado e organizado (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A implementação de uma estrutura com forte orientação para a APS implica em resultados melhores e mais equitativos, demonstrando mais eficiência, menores custos e maior satisfação da população. O sistema de apoio diagnóstico tem fundamental importância para a prestação de uma assistência de qualidade e maior resolubilidade no âmbito da ESF (MENDES, 2012). No entanto, ainda é um importante desafio para a APS promover a reorganização e a racionalização da utilização dos recursos diagnósticos (OPAS, 1978).

A ESF, por se apresentar como um novo paradigma na atenção à saúde, com a intenção maior de desenvolver ações, considerando o processo saúde-doença, favorecendo a corresponsabilidade entre profissional e cliente no cuidado para com a saúde (MENDES, 2012; MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015), requer que o uso dos recursos diagnósticos pelos médicos de família seja realizado de forma consciente e com a indicação adequada. A prática apropriada de solicitação de exames é essencial para minimizar os riscos relacionados à iatrogenia (MENDES, 2012), às repercussões econômicas (SISTROM *ET AL.*, 2012) e à sustentabilidade do sistema de saúde (MENDES, 2012).

Tal fato tem esbarrado em dois fatores históricos: a formação médica e a realidade dos serviços de saúde da família. A formação médica hegemônica é estruturada a partir das recomendações do relatório Flexner, com a valorização do modelo biomédico (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Entretanto, o modelo flexneriano proposto à época não teve como cenário a APS (BOELEN, 2002). Sua importação automática, sem reflexão em relação à realidade dos serviços de saúde da família; sem considerar as mudanças no perfil epidemiológico da população, no acesso à saúde; e as complexas necessidades de saúde das pessoas e comunidades (PAGLIOSA; DA ROS, 2008) associada a uma assistência médica voltada para a doença, além de uma população que espera a solução de seus problemas pautada nos recursos propedêuticos, aumentam a demanda na solicitação de exames (MELO; CECÍLIO; ANDREAZZA, 2017; YOU; LEVINSON; LAUPACIS, 2009). Esta situação tem, ainda, como agravante o ensino descontextualizado, fragmentado e deficiente sobre a solicitação adequada de exames durante o processo de formação do médico, tanto na graduação (BORÉM *ET AL.*, 2013; WILSON, 2010) como na pós-graduação (WILSON, 2010).

A solicitação adequada de exames complementares pelos médicos de família tem sido requerida (ARENA *ET AL.*, 2014; MENDES, 2012). O município de Montes Claros, situado no norte de Minas Gerais, com 400 mil habitantes e área de abrangência próxima a 2 milhões de habitantes, teve sua ESF iniciada em 1998, e conta com o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e com a Residência Multiprofissional em Saúde de Família desde 1999 (SILVÉRIO, 2006). Além disso, dispõe de um Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde, desde 2007, e, ainda, possui três cursos médicos. Diante disto, apresenta-se como contexto favorável para uma reflexão sobre a temática apresentada. Entretanto, neste cenário não há evidências que comprovem a indicação de propedêutica médica adequada pelos médicos de família que lá atuam.

Para tanto, é fundamental o entendimento

da dinâmica que envolve a solicitação de exames pelos profissionais médicos e os fatores que a ela influenciam (SISTROM *ET AL.*, 2012). Tal conhecimento é, ainda, escasso na literatura nacional e internacional, sendo, no entanto, fundamental para uma melhor indicação dos recursos diagnósticos pelos médicos e para sua gestão. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo compreender a prática de solicitação de exames por médicos na APS.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e de natureza qualitativa, realizada na cidade de Montes Claros (MG), em equipes da ESF. Os participantes foram os médicos especialistas em MFC, que atuavam há mais de seis meses na ESF e que aceitaram participar da pesquisa, selecionados aleatoriamente. O número de participantes foi considerado suficiente, quando os dados refletiram a totalidade das dimensões do objeto em estudo e se tornaram repetitivos.

A coleta de dados foi realizada por dois entrevistadores previamente capacitados para sua realização, entre janeiro e setembro de 2012, após a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio de uma entrevista não estruturada, com os seguintes temas norteadores: 'A prática de solicitação de exames pelos médicos na Estratégia Saúde da Família'; 'Fatores que influenciam a sua prática de solicitação de exames'.

Para garantir o registro fidedigno de todas as informações fornecidas pelos entrevistados, as entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas. Os participantes foram identificados com legendas, mantendo-lhes o anonimato.

Na apreciação dos dados, utilizou-se a análise do discurso, seguindo a corrente de pensamento de Pêcheux (2002). Nesse processo, foram realizadas leituras e releituras de todo o material, o que possibilitou a separação em elementos componentes, buscando manter a relação entre estes. Seguiram-se o estudo das palavras do texto, a análise da construção das frases e, por fim, a análise que considerou a produção social do texto como constitutiva de seu próprio sentido. Verificaram-se os sentidos relacionados ao discurso e seus efeitos. Emergiram as primeiras categorias, que, posteriormente, foram agrupadas em categorias mais abrangentes, com o aprofundamento da leitura e da reflexão acerca das condições de produção dos discursos analisados. As categorias empíricas foram confrontadas com as analíticas, buscando-se as relações entre ambas.

Submeteu-se esta pesquisa à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, tendo sido aprovada segundo parecer consubstanciado 2963/2011.

Resultados e discussão

Foram entrevistados 13 médicos especialistas em medicina de MFC. A idade variou entre 31 e 57 anos. Dez entrevistados eram do sexo masculino e três do sexo feminino. O tempo de formação dos entrevistados variou entre 4 e 30 anos, sendo que 9 deles se formaram em instituição de ensino superior pública. Todos os entrevistados eram docentes de curso médico.

A análise dos discursos revelou duas categorias empíricas, com suas respectivas subcategorias.

Formação profissional e solicitação de exames

Esta categoria mostrou que a prática de solicitação de exames pelos médicos de família tem sido influenciada pela formação profissional.

Graduação médica

Os entrevistados relataram que o ensino sobre a solicitação de exames complementares no

curso médico tem ocorrido de forma incipiente e fragmentada, o que pode repercutir em sua maneira de lidar com esse recurso diagnóstico, sem reconhecer a importância do seu uso racional, contribuindo para uma indicação inapropriada.

> *[...] o assunto sobre pedir exames [...] não é abordado de maneira muito aprofundada na faculdade de medicina, de um modo geral. Então, a gente não entende realmente qual é o valor disso tudo.* (E8).

As deficiências no ensino dessa temática foram observadas nos cenários nacional (BORÉM *ET AL.*, 2013) e internacional (CHORNEY; LEWIS, 2011; BORÉM *ET AL.*, 2013; WILSON, 2010), e podem ser explicadas, em parte, pela ausência de sua obrigatoriedade e de diretrizes para o seu ensino específico, dentro da estrutura curricular, em muitas escolas médicas (WILSON, 2010).

A organização do ensino de forma compartimentalizada, a partir das diferentes especialidades médicas, se confronta com a realidade da atuação médica generalista da APS, o que pode comprometer a prática apropriada de solicitação de exames pelo médico de família, como demonstrado nos depoimentos abaixo:

> *Durante a graduação, a gente estudava puramente o aspecto técnico [...] eu lembro de um professor [...] (que falava) [...] se você acha que tem que pedir, pede [...].* (E8).

> *[...] a gente é treinado na graduação como especialistas [...] quando a gente vem para a prática generalista, para atenção primária, a gente fica com dificuldade [...].* (E2).

Essa situação possivelmente decorre da influência do modelo flexneriano na educação médica (WILSON, 2010). Deve-se considerar que o relatório flexner, apresentado em 1910, foi uma estratégia utilizada para sistematizar e melhorar a educação médica à época, legitimando a consolidação do modelo científico na medicina (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Muitos foram os benefícios decorrentes da utilização das suas recomendações, tais como: reorganização e regulamentação do funcionamento das escolas médicas, embasamento na racionalidade científica, padronização do tempo de formação, estrutura curricular mínima, necessidades de laboratórios básicos e utilização de hospitais para a prática profissional (BOELEN, 2002). No entanto, a distorção da utilização do sugerido (ALMEIDA-FILHO, 2010) levou a uma valorização da prática excessivamente tecnicista, passando a serem questionados os aspectos relacionados ao processo de saúde-doença considerando as dimensões biopsicossociais, a compreensão e a utilização adequada do método clínico e os efetivos resultados da prática médica (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Os novos contextos de saúde, tais como a mudança do perfil epidemiológico da população, a necessidade dos conhecimentos interdisciplinares, do trabalho multiprofissional e da saúde coletiva influenciam o desempenho dos profissionais da saúde. Neste sentido, os desenhos curriculares do modelo hegemônico da educação médica precisam ser repensados, de modo que os profissionais em formação desempenhem sua prática profissional considerando as multidimensões das pessoas, da sua realidade e dos cuidados de saúde (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Para que mudanças na formação e no desenvolvimento dos profissionais de saúde se tornassem possíveis, novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para o curso de medicina foram propostas, em 2014, recomendando que a formação do médico esteja fundamentada no seguinte tripé: atenção em saúde; gestão em saúde e educação em saúde (BRASIL, 2014).

Dessa forma, o graduando de medicina deve ser formado no sentido de concretizar um desempenho profissional de qualidade, pautado no pensamento crítico, nas melhores evidências científicas, na realidade e na escuta ativa de cada pessoa, família e comunidades, e nas políticas públicas vigentes.

Além disto, deve a tomada de decisões visar racionalizar e otimizar a aplicação de conhecimentos, metodologias, procedimentos, instalações, equipamentos e insumos, de modo a produzir a qualidade integral à saúde da população. Neste sentido, preconiza-se que a solicitação de exames seja realizada considerando tais pressupostos (BRASIL, 2014).

Os entrevistados, em sua atuação docente, têm observado que os estudantes de medicina que realizam estágios na ESF têm a oportunidade de conhecer melhor a realidade na qual a população está inserida, e de realizar uma prática de solicitação de exames considerando as questões biopsicossociais e a prevalência das enfermidades na APS. Contudo, a maior inserção do estudante na ESF ocorre ao término do curso, de modo que, durante grande parte da sua formação, sua visão tem sido especializada, focada na doença e na cura desta, descontextualizada das necessidades integrais do paciente, que usualmente não têm objetivado alcançar outros cenários da assistência à saúde. Deste modo, eles reforçam a necessidade de o ensino apropriado dessa temática ocorrer desde o início da graduação, o que está em consonância com o pensamento de autores internacionais (CHORNEY; LEWIS, 2011) e é discordante de alguns educadores médicos (CHORNEY; LEWIS, 2011; WILSON, 2010).

> *Esses internos que são do 12º período [...] chegam [...] solicitando muitos exames [...] com o evoluir do internato, a solicitação de exames deles diminui [...].* (E11).

Há que ponderar que a ampliação das práticas no cenário da ESF, no curso médico, podem não atingir o objetivo supracitado, se as mesmas estiverem pautadas no modelo biomédico, o que ainda é uma realidade no âmbito nacional (MELO; CECÍLIO; ANDREAZZA, 2017).

O docente tem um papel imprescindível para contribuir com o uso apropriado de exames na prática profissional. Para tanto, torna-se urgente a instituição de processos de sensibilização e capacitação dos professores, especificamente nessa área, de modo que reconheçam que a omissão ou a deficiência no ensino dessa temática pode criar uma importante lacuna no conhecimento e na competência de seus estudantes (WILSON, 2010). Ressalta-se que os próprios profissionais entrevistados, que têm refletido sobre a necessidade de aprimoramento da prática de solicitação de exames e o seu ensino, são professores do curso médico.

Adicionalmente, para a efetivação de tais mudanças na formação profissional, é essencial que órgãos fiscalizadores das escolas de medicina também estejam sensibilizados sobre a necessidade de tais mudanças (WILSON, 2010).

Capacitação profissional

O processo de capacitação profissional, após a graduação, foi considerado pelos profissionais pesquisados como uma forma de melhorar a insuficiência de aprendizagem quanto à prática apropriada de solicitação de exames. Uma das possibilidades para o aprimoramento da formação médica tem sido a participação em estratégias de aperfeiçoamento profissional, como a residência em MFC (MATOS *ET AL.*, 2014) e as atividades de educação permanente em saúde – processo de formação e aperfeiçoamento constante dos profissionais da saúde (TESSER *ET AL.*, 2011). Neste estudo, verificou-se que, quando há a participação do médico na residência em MFC e nas atividades de educação permanente, ocorre uma maior discussão e reflexão sobre a prática de solicitação de exames, sendo para alguns a primeira oportunidade de sensibilização sobre essa questão, como visto nos relatos a seguir:

> *[...] durante a minha residência (em MFC) [...] eu comecei a perceber que a solicitação de exames deve responder a alguns critérios, ela deve ser coerente com algumas situações [...].* (E2).

[...] no grupo que eu faço parte (de educação permanente) [...] (discute): Por que se solicita o exame? Quando que se solicita o exame? [...]. (E5).

No cenário internacional, a residência médica também tem contribuído para a melhoria do conhecimento e da prática de solicitação de exames (SISTROM *ET AL.*, 2012).

A participação em atividades de educação permanente em saúde tem sido considerada pelos entrevistados como fundamental para o aprimoramento da prática de solicitação de exames, diante da velocidade das mudanças do conhecimento e da falta de tempo para o médico se capacitar, como também se observa em outro estudo nacional (ASSIS *ET AL.*, 2012). Eles destacam que, pelo fato de ser uma atividade constante, realizada em horário protegido, durante o trabalho e por ocorrer em pequenos grupos de discussão, por meio do compartilhar de experiências, propicia a construção coletiva do conhecimento. Além disso, a reflexão sobre a práxis e a satisfação emocional dos seus participantes tem contribuído para uma aprendizagem significativa, o que possibilita a mudança de comportamento (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2012).

[...] (com a educação permanente) você está sempre fazendo uma busca do conhecimento [...] o relato do outro faz parte do aprendizado [...] o fato de ser em grupo também estimula, torna mais lúdico [...]. (E11).

Em estudo realizado na APS do estado do Mato Grosso do Sul, a troca de experiências foi uma das ações de educação permanente mais citada pelos entrevistados (MACHADO *ET AL.*, 2015).

Percebe-se a importância de se investir nos processos de capacitação profissional, com destaque para a residência em MFC e para as atividades de educação permanente – ressaltando que as duas se complementam –, para o aprimoramento da solicitação de exames.

Estratégia Saúde da Família e solicitação de exames

Esta categoria desvelou que as características e o processo de trabalho na ESF têm influenciado o médico de família na sua prática de solicitação de exames.

Características da ESF

A solicitação de exames pelos médicos dentro do contexto da ESF tem sido direcionada, prioritariamente, a alcançar o objetivo central da APS, de promover a saúde e prevenir doenças, considerando, conjuntamente, as características clínicas, sociodemográficas e culturais dos pacientes, como observado no seguinte discurso: *"A gente tem uma rotina de exames de acordo com a idade, a faixa etária, o sexo e a patologia que o paciente apresenta"* (E1).

Evidencia-se, aí, uma prática que contempla as discussões de um conceito ampliado de saúde, considerando as suas múltiplas dimensões – biopsicossociais e a necessidade de se promover a saúde, requerida desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde (OPAS, 1978). Mas, em outras regiões brasileiras, esta não tem sido uma preocupação de muitos médicos de família (ASSIS *ET AL.*, 2012).

Os pesquisados ainda ressaltaram que os resultados dos exames solicitados contribuem para o planejamento e para a realização de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, com destaque para as atividades de educação em saúde. O seu uso durante as atividades educativas contribui para que o paciente materialize a situação vivenciada, suscitando a sua maior reflexão, como percebido no depoimento abaixo:

Você vai ter alteração desse exame [...] vai tentar deter isso através do que [...] educar o paciente e mostrar que, se ele não se cuidar [...] futuramente, pode haver complicações na saúde dele [...]. (E12).

As atividades educativas têm o potencial de propiciar o empoderamento dos sujeitos envolvidos e o estímulo ao exercício da autonomia, o que contribui para menor demanda do paciente por consultas médicas e exames (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2012) e, por conseguinte, para a redução da solicitação desnecessária de exames.

Para os médicos de família pesquisados, o fato de a ESF constituir a porta de entrada do paciente para as questões de saúde, possibilitando o contato facilitado com o mesmo, evita a solicitação de exames sem indicação. Por consequência, há maior eficiência no uso de recursos disponíveis, como percebido no seguinte relato: *"[...] a acessibilidade permite pedir menos exames, já que ele vai voltar com mais facilidade [...]"*. (E11)

Na realidade norte-americana, o acesso ao médico de família tem contribuído para a solicitação dos exames necessários para o rastreamento de doenças (FERRANTE *ET AL.*, 2010; SISTROM *ET AL.*, 2012).

Os entrevistados relataram que a existência de aporte regular de cuidados à saúde proporcionada pela equipe de saúde da família, assim como o seu uso consistente ao longo do tempo, vêm propiciando um maior conhecimento sobre os pacientes e sobre as suas necessidades. Adiciona-se a isto o controle sobre o seu cuidado, que contribui para identificar a verdadeira necessidade de solicitação de exames, mostrado no seguinte depoimento: *"Quando a equipe [...] conhece de longe seu paciente [...] sabe quem, naquele momento, está precisando e quem não está [...]"*. (E12).

Estudo realizado na APS da cidade de Nova Jersey, nos Estados Unidos, observou que a continuidade do cuidado ao paciente pelo mesmo médico favoreceu a melhor indicação dos exames (FERRANTE *ET AL.*, 2010).

No cenário nacional, a rotatividade dos profissionais na APS constitui uma realidade que prejudica a longitudinalidade da assistência à saúde. Estratégias voltadas para a estruturação de um plano de carreira no Sistema Único de Saúde (SUS) configuram possibilidades para evitar essa ocorrência (GONÇALVES *ET AL.*, 2014).

A prestação de um cuidado que atenda às necessidades mais comuns da comunidade, considerando os aspectos biopsicossociais que causam a doença, para os entrevistados, proporciona a indicação apropriada de exames, já que considera as reais necessidades do paciente, como desvelado na fala seguinte: *"[...] o paciente, na atenção primária [...] é atendido na sua totalidade, você realmente sabe da real necessidade daquele exame [...]"* (E12). O maior conhecimento do profissional sobre o seu paciente tem se relacionado a um número menor de solicitações de exames desnecessários (MENDES, 2012).

Nos discursos anteriores, ficou evidente que a atribuição da ESF, de garantir a continuidade da atenção aos problemas que requerem seguimento constante, de um modo integrado e organizado, deveria evitar a indicação inadequada de exames. No entanto, diante da desarticulação do sistema de referência e contrarreferência, a solicitação de exames muitas vezes ocorre de forma repetida entre os profissionais dos diferentes pontos da rede de atenção à saúde. Esta situação sobrecarrega o sistema de saúde (MENDES, 2012) e tem sido um desafio vivenciado no cenário nacional (ARENA *ET AL.*, 2014) e internacional (YOU; LEVINSON; LAUPACIS, 2009).

> *[...] determinado risco do paciente, você tem que encaminhar para o cardiologista [...] (ele) pede lá exames [...] como você não tem uma contrarreferência disso [...] você acaba pedindo de novo [...].* (E12).

A dificuldade da coordenação do cuidado pode estar associada à relação deficiente entre os médicos da ESF e os médicos que atuam nos serviços de saúde referenciados, que muitas vezes não se conhecem, não se comunicam, nunca partilharam atividades clínicas ou educacionais e, ainda, quando realizam trocas de informações, esta ocorre de forma insuficiente. Esta situação tem como pano de fundo a fragmentação do sistema

de atenção à saúde (ARENA *ET AL.*, 2014; MENDES, 2012; YOU; LEVINSON; LAUPACIS, 2009). Desta forma, é urgente que os serviços estejam organizados de forma integrada, por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e trabalhem de forma articulada entre todos os níveis de atenção à saúde envolvidos (ARENA *ET AL.*, 2014). Destaca-se o papel essencial dos recursos humanos na APS, para o desempenho satisfatório no contexto das RAS, gerindo e direcionando os recursos em benefício da comunidade (GONÇALVES *ET AL.*, 2014).

O preceito da assistência à saúde diferenciada para os indivíduos que apresentam necessidades diferentes tem sido contemplado pelos médicos de família durante a sua prática de solicitação de exames, como percebido no discurso: *"[...] paciente que já tem o diagnóstico (de uma patologia) é o paciente para o qual os nossos recursos são e devem ser dirigidos"* (E9).

O conhecimento do médico sobre o diagnóstico situacional da área de abrangência da sua equipe de atuação, considerando os aspectos sociais, econômicos, culturais, ambientais e epidemiológicos, foi outro aspecto referido pelos participantes. A ciência desse contexto possui influência norteadora na solicitação de exames de forma racionalizada pelos médicos de família, como apreendido no seguinte discurso: *"Solicitar com precisão, pensar melhor, é fazer uma reflexão com os dados da sua equipe [...]"* (E7).

Percebeu-se, neste estudo, que os médicos de família têm considerado, em sua prática de solicitação de exames, os princípios que norteiam a APS – primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Todavia, ainda há embaraços em relação ao princípio da coordenação, diante das dificuldades de funcionamento do sistema de referência e contrarreferência no sistema de saúde brasileiro (MENDES, 2012).

Processo de trabalho na ESF

Os médicos pesquisados referiram que a equipe, ao desempenhar um trabalho multiprofissional, facilita o manejo do cuidado com o paciente, evitando, assim, que a solicitação de exames seja realizada de forma desnecessária. Destaca-se o papel desempenhado pelos agentes comunitários de saúde, que fazem a interlocução de informações entre a equipe e os usuários, visto no depoimento a seguir. O trabalho multiprofissional tem sido considerado um critério de qualidade da APS (MENDES, 2012).

> *[...] se você tem dúvida, manda o agente (agente comunitário de saúde) na casa (do paciente) [...] isso vai te dando [...] mais tranquilidade, mais confiança, que você não tem necessidade de extrapolar e ficar pedindo exame [...].* (E10).

A possibilidade de gerir o tempo de atendimento no trabalho, conforme as necessidades de cada paciente, é um fator apontado pelos pesquisados que contribui para a solicitação apropriada de exames, já que o profissional tem mais tempo para a realização da anamnese e do exame clínico, e o exame diagnóstico passa a figurar realmente como complementar, como mostrado no seguinte discurso: *"[...] você tem o tempo que acha que é necessário para cada um [...] acho que a grande diferença (em pedir exames) está nisso"* (E10).

Já em outros cenários de assistência médica, a pressão para que os médicos atendam a um número maior de pacientes limita o tempo para a consulta clínica e, por conseguinte, os médicos passam a depender cada vez mais de resultados de exames complementares (WILSON, 2010; MORRISON, 2013).

No entanto, no cotidiano da ESF, também há fatores que podem dificultar a prática apropriada de solicitação de exames. Entre eles, foi destacada a pressão do paciente, como observado nos relatos a seguir. Tal situação está associada à valorização histórica e cultural do paciente relacionada ao exame, decorrente da concepção biomédica que grande parte dos usuários possui (MENDES, 2012), reforçada, em muitas ocasiões, pelo

modelo assistencial e pela mídia (MENDES, 2012). Essa pressão sobre o profissional pesquisado se intensifica quando se considera que o paciente pode avaliar a qualidade de sua consulta pelos exames solicitados.

> *[...] o que é pior, mesmo, na solicitação de exames é a pressão da comunidade, com a cultura que já tem, arraigada, de fazer exame, e, ainda, às vezes, tem uma mídia que fala que tem que fazer [...].* (E10).

> *[...] se ele (usuário) sair sem exame [...] se sente decepcionado [...].* (E4).

Médicos de família canadenses também têm se deparado com esse fator dificultador em sua prática de solicitação de exames (YOU; LEVINSON; LAUPACIS, 2009).

A forma como os médicos de família lidam com a procura dos pacientes por exames é divergente em alguns depoimentos. Uma parte dos entrevistados considera que atender à demanda do paciente por exames pode constituir uma forma de minimizar as situações desgastantes com esse paciente, favorecidas, principalmente, pela sua facilidade de acesso ao serviço de saúde. Além disso, a solicitação do exame requerido pode produzir um efeito 'terapêutico', tranquilizando-o. Já os demais entrevistados reconhecem que o estabelecimento de uma relação médico-paciente de confiança e a postura de segurança transmitida pelo profissional contribuem para diminuir essa pressão do paciente por exames:

> *[...] às vezes, você não aguenta, vê que se pedir aquele exame, vai resolver [...].* (E13).

> *Muitas vezes, eu peço exames [...] com essa finalidade da terapêutica, de apaziguar o subconsciente do paciente.* (E6).

> *[...] (quando) ela (a população) confia no seu trabalho, você consegue desmanchar essa pressão.* (E8).

É importante refletir que, no cenário brasileiro, a atuação dos trabalhadores de saúde ainda está muito voltada para o cuidado fundamentado no instrumental técnico-científico, em exames e medicamentos (MENDES, 2012). Há a necessidade de os profissionais mudarem a sua forma de atuação, centrada no acolhimento e no vínculo com os usuários, para que estes tenham um comportamento diferente em relação à supervalorização do exame.

Há ainda a demanda do paciente por transcrição de exames após consultas particulares com especialistas, que não maneiram na quantidade, como visto no discurso abaixo. Tal situação gera um dilema para o médico de família, que, por um lado, reconhece as limitações do serviço público no agendamento de consultas com médicos especialistas e, por outro, considera a sobrecarga que tal fato pode gerar para o serviço de saúde. Acrescenta-se a isso o conflito ético e legal de não transcrever os exames indicados pelos seus pares:

> *[...] ele (o paciente) dá conta da consulta (particular), mas não dá conta dos exames [...] então, ele vem (para transcrever os exames) [...] nem sempre precisa de tudo aquilo, mas só que, pelo fato de ele ter ido ao especialista, é complicado você contradizer [...].* (E12).

Essa situação demonstra o crescente valor que tem se dado à especialidade no serviço de saúde (SISTROM *ET AL.*, 2012; YOU; LEVINSON; LAUPACIS, 2009) e no imaginário social (MENDES, 2012). Autores internacionais destacam a importância de os médicos equilibrarem o receio ético e legal com os riscos potenciais dos exames complementares indicados de forma desnecessária (SISTROM *ET AL.*, 2012; YOU; LEVINSON; LAUPACIS, 2009).

Os médicos pesquisados reconheceram que a procura excessiva dos pacientes por exames advém do seu desconhecimento sobre as repercussões que o exame desnecessário pode ocasionar para a saúde e para o sistema de saúde, e atribuem a si o papel

de discutir essa temática com os pacientes, como demonstrado na seguinte fala: *"[...] essa tarefa de fazer com que o paciente compreenda a questão dos critérios, eu considero uma tarefa médica [...]"* (E9). Todavia, pode ser mais fácil para o médico pedir o exame do que explicar para o paciente por que ele não é necessário (YOU; LEVINSON; LAUPACIS, 2009).

Por outro lado, os médicos recebem a pressão do gestor para diminuírem a sua solicitação, devido ao número limitado dos exames disponíveis no sistema público de saúde e aos custos decorrentes dessa prática para o serviço. Contudo, os discursos dos entrevistados contrastam em relação a tal influência. Para alguns participantes, na maioria das vezes, a influência da gestão não interfere em sua decisão, já que a solicitação dos exames é de responsabilidade do médico e a garantia de realização dos mesmos é que é função da gestão. Porém, um dos médicos pesquisados referiu ceder à demanda do gestor com interesses políticos, por temer por seu emprego. Esta situação decorre da fragilidade dos vínculos empregatícios existentes na APS, geralmente realizados por contratos sem muitas garantias trabalhistas ou assistenciais e pela instabilidade profissional, devida às influências políticas no processo de demissão e contratação do trabalhador (GONÇALVES *ET AL.*, 2014; MENDES, 2012).

> *[...] se o gestor chega para mim e fala: 'Não é para pedir esse exame', isso aí é um problema do gestor [...] quando o médico deixa de pedir um exame, que realmente precisa, ele está sendo negligente na conduta dele [...].* (E13).

> *[...] (os gestores) te pressionam a pedir um exame [...] e tem que aceitar isso aí, porque, às vezes, você está colocando o seu emprego sob risco.* (E8).

É importante considerar que o desafio de controlar os custos dos serviços médicos, mantendo a qualidade do atendimento, é uma responsabilidade dos médicos assistentes, dos gestores públicos e dos formuladores de políticas de saúde (SISTROM *ET AL.*, 2012).

Outra dificuldade apontada pelos médicos pesquisados é a indisponibilidade de determinados exames no sistema público de saúde ou, ainda, a demora no agendamento, o que pode comprometer a prática apropriada de solicitação de exames, constituindo riscos para o paciente, como se pode identificar no seguinte relato: *"[...] muitas vezes, a gente deixa de pedir exames justamente pela falta de cota [...] (o que) interfere na nossa conduta [...]"* (E6).

A disponibilidade de exames nos serviços públicos de saúde não pode estar ancorada em um modelo subsidiado por parâmetros de séries históricas, fundamentado em um sistema de cotas, gerador de ineficiências. Deve advir das diretrizes clínicas, que estabelecem os parâmetros populacionais para cada tipo de exame (MENDES, 2012).

Ressalta-se que as dificuldades enfrentadas pelos médicos de família na sua prática de solicitação de exames podem contribuir para a fragilização da efetividade e da resolubilidade de atuação da ESF (ASSIS *ET AL.*, 2012).

Considerações finais

A solicitação de exames complementares pelos médicos que atuam na ESF é influenciada pelo seu processo de formação e pelo contexto da saúde da família. O ensino sobre a solicitação de exames sistematizado, contextualizado e pautado no conceito ampliado de saúde é um dos pilares para mudanças e aprimoramento dessa prática. Investimentos na capacitação profissional, fortalecendo os programas de residência em medicina de família e comunidade, além de ampliarem e garantirem os programas de educação permanente, também são essenciais. Atividades de educação em saúde para a população em geral, que incluam a discussão sobre os exames complementares e as repercussões

do seu uso inapropriado, tornam-se fundamentais para diminuir a demanda da comunidade por exames.

Espera-se que este estudo contribua para a reflexão no âmbito da APS, especialmente da ESF, possibilitando o agir em saúde dos atores envolvidos no processo – gestores, médicos, enfermeiros, usuários e comunidade acadêmica –, considerando a necessidade de se utilizar adequadamente os métodos propedêuticos.

Colaboradores

MFS Figueiredo e LMA Borém participaram da concepção, da coleta e da análise de dados, e da redação do manuscrito. MRM Vieira participou da coleta, da análise de dados e da redação do manuscrito. MTS Leite e JF Rodrigues Neto participaram da concepção, da orientação, da análise de dados e da revisão final do manuscrito. ■

Referências

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, dez. 2010.

ARENA, T. R. C. *et al*. Spending with unnecessary complementary tests for hypertension and diabetes in health services. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)*, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 86-93, dez. 2014.

ASSIS, L. N. *et al*. A percepção de médicos participantes sobre programas de educação permanente para médicos de saúde família em um estado da região Sudeste. *RECOM*, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 394-409, set./dez. 2012.

BOELEN, C. A. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. *Bull World Health Organ.*, Genebra, v. 80, n. 7, p. 592-593, 2002.

BORÉM, L. M. A. *et al*. O conhecimento dos médicos da atenção primária à saúde e da urgência sobre os exames de imagem. *Radiol. Bras.*, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 341-345, dez. 2013.

BRASIL. *Resolução nº 03, de 20 de junho de 2014*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 30 maio 2017.

CHORNEY, E. T.; LEWIS, P. J. Integrating a radiology curriculum into clinical clerkships using case oriented radiology education. *J. Am. Coll. Radiol.*, Nova Iorque, v. 8, n. 1, p. 58-64, jan. 2011.

FERRANTE, J. M. *et al*. Principles of the patient-centered medical home and preventive services delivery. *Ann. Fam. Med.*, Leawood, v. 8, n. 2, p. 108-116, mar./abr. 2010.

FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES NETO, J. F.; LEITE, M. T. S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 315-329, jun. 2012.

GONÇALVES, C. R. *et al*. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, mar. 2014.

MACHADO, J. F. F. P. *et al*. Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 102-113, mar. 2015.

MATOS, F. V. *et al*. Egressos da residência de medicina de família e comunidade em Minas Gerais. *Rev. Bras. Educ. Med*., Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 198-204, jun. 2014.

MELO, S. M.; CECILIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R. Nem sempre sim, nem sempre não: os encontros entre trabalhadores e usuários em uma unidade de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 195-207, mar. 2017.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde*: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORRISON, A. Appropriate utilization of advanced diagnostic imaging procedures: CT, MRI, and PET/CT. *Environmental Scan*, Ottawa, n. 39, fev. 2013. Disponível em: <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/DiagnosticImagingLitScan_e.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017.

MOTTA, L. C. S.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. *Rev. Bras. Educ. Med*., Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 196-207, jun. 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, set. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde*. 1978. Disponível em: <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2013.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. Bras. Educ. Med*., Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, dez. 2008.

PÊCHEUX, M. *O Discurso*: estrutura ou acontecimento. 3. ed. Campinas: Pontes, 2002.

SILVÉRIO, J. B. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o caso do Município de Montes Claros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. (Org.). *Residência multiprofissional em saúde:* experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 195-211.

SISTROM, C. *et al*. Determinants of Diagnostic Imaging Utilization in Primary Care. *Am. J. Manag. Care*, Old Bridge, v. 18, n. 4, p. 135-144, abr. 2012.

TESSER, C. D. *et al*. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4295-4306, nov. 2011.

WILSON, M. L. Educating medical students in laboratory medicine. *Am. J. Clin. Pathol*., Oxford, v. 133, n. 4, p. 525-528, abr. 2010.

YOU, J. J.; LEVINSON, W.; LAUPACIS, A. Attitudes of Family Physicians, Specialists and Radiologists about the Use of Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging in Ontario. *Healthcare Policy,* Amsterdam, v. 5, n. 1, p. 54-65, ago. 2009.

Recebido para publicação em janeiro de 2017
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig)

Avaliação da atenção primária: o ponto de vista de usuários

Evaluation of primary care: the point of view of users

Tarcísio Laerte Gontijo[1], Anna Gabryela Sousa Duarte[2], Eliete Albano de Azevedo Guimarães[3], Joseane da Silva[4]

RESUMO O objetivo deste artigo foi avaliar atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), sob a percepção de usuários. Trata-se de estudo transversal que teve como participantes 384 usuários adultos vinculados a equipes de APS. Aplicou-se o instrumento Primary Care Assessment Tool – usuários adultos, versão reduzida. O Grau de Afiliação e dois atributos atingiram escores médios superiores a 6,6, sendo assim, bem avaliados. Os demais obtiveram escores inferiores a 6,6, não atingindo a média estabelecida como desejável. Conclui-se que os atributos da APS analisados receberam avaliação heterogênea e que a maioria necessita de um olhar mais atento e de investimento por parte dos gestores e profissionais.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação de serviços de saúde. Atenção Primária à Saúde. Serviços de saúde.

ABSTRACT *The aim of this paper was to evaluate attributes of the Primary Health Care (PHC), under the perception of users. It is a cross-sectional study that had as participants 384 adult users linked to PHC teams. The Primary Care Assessment Tool – adult users, reduced version – was applied. The Degree of Affiliation and two attributes reached average scores higher than 6.6 and were thus well evaluated. The other attributes had scores lower than 6.6, not reaching the average score established as desirable. It is concluded that the analyzed APS attributes received a heterogeneous evaluation and that most of them need a closer look and investment by the managers and professionals.*

KEYWORDS *Health services research. Primary Health Care. Health services.*

[1] Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) – Divinópolis (MG), Brasil. *enftarcisio@ufsj.edu.br*

[2] Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) – Divinópolis (MG), Brasil. *annagsd@hotmail.com*

[3] Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ) – Divinópolis (MG), Brasil. *elietealbano@hotmail.com*

[4] Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis – Divinópolis (MG), Brasil. *josyds1@yahoo.com.br*

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de caráter individual e coletivo voltado para a promoção e proteção da saúde, prevenção dos agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2012). Ela é considerada como ordenadora de um sistema, principal porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde e centro de comunicação com outros pontos que integram as redes de atenção (BRASIL, 2012).

Dentre os fundamentos e diretrizes da APS, destacam-se: ter território adscrito, acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, desenvolvimento de vínculo e responsabilização, coordenação da atenção integrada e continuada centrada no indivíduo e na família e estímulo à participação comunitária (BRASIL, 2012; SILVA *ET AL.*, 2014).

No Brasil, há modelos distintos de organização da APS em desenvolvimento nas diferentes regiões do País, em função de interesses, capacidade de gestão e concepções distintas, sendo mais prevalentes a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a atenção primária tradicional (PAIM, 2012). Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), a ESF em julho de 2016, atingia uma cobertura de 62,8% da população brasileira, contando com 41.370 equipes implantadas (BRASIL, 2017).

Em relação às especificidades da ESF, faz-se necessária a existência de equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico e enfermeiro generalistas, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo-se acrescentar a essa composição os profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2012). Já a estratégia tradicional conta com centros de saúde equipados com médicos de diversas especialidades básicas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas e pessoal de apoio técnico, atende a uma demanda espontânea e/ou encaminhada por outros serviços (SALA *ET AL.*, 2011).

A relevância dos serviços de APS e a compreensão das ações, programas e políticas implantadas, como também os efeitos dessas intervenções, requerem avaliações permanentes, a fim de manter e/ou melhorar os resultados e a qualidade da assistência prestada (OLIVEIRA *ET AL.*, 2013; CAMPOS *ET AL.*, 2014; CARNEIRO *ET AL.*, 2014).

No estabelecimento de um marco de referência para a avaliação de serviços da APS, conceituam-se quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato, que se define como a acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema; longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma fonte continuada de atenção e seu uso ao longo do tempo; integralidade, que implica no leque de serviços disponíveis e prestados e nas ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral; e coordenação da atenção, que pressupõe alguma forma de continuidade da atenção, além do reconhecimento de problemas e serviços para o atendimento das necessidades atuais (STARFIELD; XU; SHI, 2001).

Além desses atributos essenciais, estabelecem-se outras três características, denominadas atributos derivados: orientação familiar, que considera o contexto familiar na atenção integral; orientação comunitária, que procede no reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade; e competência cultural, que envolve a atenção às características culturais especiais (STARFIELD; XU; SHI, 2001).

Todos esses atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva. Além disso, representam importantes indicadores de qualidade da APS, sendo que quanto maior for a presença e a força desses atributos, mais forte é a sua orientação para a APS (ARAÚJO, 2015; STARFIELD; XU; SHI, 2001; SILVA *ET AL.*, 2014).

Existem evidências relacionadas com o impacto positivo da APS em países em

desenvolvimento, além da associação entre o maior grau de orientação à APS e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde, satisfação dos usuários, promoção da equidade, integralidade e eficiência (SILVA *ET AL.*, 2014). Usuários indicam uma boa qualidade geral da APS, sendo os atributos essenciais longitudinalidade e coordenação do cuidado os que mais se destacam na avaliação (HARZHEIM *ET AL.*, 2016).

Na busca por avaliações de desempenho da APS, a opinião, o interesse e o envolvimento dos usuários são imprescindíveis. Apesar de estudos incentivados pelo MS, as avaliações dos serviços de saúde a fim de nortear a elaboração e a reorientação de políticas e programas na APS, segundo a percepção de usuários, são consideradas incipientes e um grande desafio para gestores; além disso, não estão disponíveis instrumentos de fácil aplicação para uso rotineiro (CAMPOS *ET AL.*, 2014).

Os processos de avaliação sob percepção de usuários podem atuar para a construção de uma nova perspectiva do cuidado, além de monitorar as atividades, fortalecer o controle social e a participação/inclusão dos usuários nos processos de planejamento (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

Nessa perspectiva, o presente estudo teve por objetivo avaliar os atributos da APS, sob percepção de usuários de um município da região centro-oeste de Minas Gerais (MG).

Métodos

Trata-se de estudo de abordagem quantitativa com delineamento transversal realizado em um município da região centro-oeste de Minas Gerais no ano de 2016. Esse município possui população estimada de aproximadamente 232.945 habitantes (IBGE, 2016), situa-se entre os 10 principais do estado e conta com 42 Unidades de Atenção Primária à Saúde (Uaps), sendo 32 equipadas com equipes de ESF e 10 com equipes de atenção primária tradicional. A cobertura da população pela ESF é de 44%; e o restante, por unidades tradicionais.

Foram incluídos, como participantes, usuários de Uaps. Das 42 unidades existentes, 4 foram excluídas por estarem localizadas em zona rural e 12 por terem menos de um ano de implantação. Assim, abordaram-se usuários de 26 equipes de APS, sendo 16 equipes de ESF e 10 equipes de atenção primária tradicional, as quais atendem a uma população de 133.047 habitantes. O dimensionamento amostral dos entrevistados foi realizado definindo-se uma população finita e um erro absoluto de 5%. O resultado do dimensionamento demonstrou a necessidade da utilização de 384 participantes, sendo 117 usuários de ESF e 267 usuários de atenção primária tradicional, levando em consideração a população cadastrada em cada unidade de saúde incluída no estudo.

Os dados foram coletados entre janeiro e junho de 2016 por intermédio da aplicação do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) – usuários adultos, versão reduzida (*quadro 1*), a fim de otimizar o processo de aplicação e utilização dos resultados em ações estratégicas (OLIVEIRA *ET AL.*, 2013). Esse instrumento é validado e está disponível gratuitamente.

Quadro 1. Instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) – usuários adultos, versão reduzida

PCATool-Brasil-Adulto – Versão Reduzida					
EXTENSÃO DA AFILIAÇÃO COM UM SERVIÇO DE SAÚDE/PROFISSIONAL					
A1. Há um médico ou serviço de saúde no qual você geralmente vai se fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde? ( ) Não; ( ) Sim (Nome do profissional ou serviço de saúde)					
A2. Há um médico ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa? ( ) Não; ( ) Sim, mesmo médico/serviço de saúde acima; ( ) Sim, médico/serviço de saúde diferente (por favor, dê o nome e endereço)					
A3. Há um médico ou serviço de saúde que é a mais responsável por seu atendimento de saúde? ( ) Não; ( ) Sim, mesmo que #A1 e #A2 acima; ( ) Sim, o mesmo que #A1 somente; ( ) Sim, o mesmo que #A2 somente; ( ) Sim, diferente de #A1 e #A2 (dê o nome e endereço)					
Afiliação: combinação das 3 questões referentes ao serviço de saúde preferencial (A1, A2 e A3)					
ITENS DOS ATRIBUTOS DAS APS					
Por favor, indique a melhor opção	**Com certeza sim (4)**	**Provavelmente sim (3)**	**Provavelmente não (2)**	**Com certeza não (1)**	**Não sei/Não lembro (9)**
B2	Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao 'nome do médico/enfermeira/local' antes de ir a outro serviço de saúde?				
C4	Quando 'nome do médico/enfermeira/local' está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?				
C11	É difícil para você conseguir atendimento médico do 'nome do médico/enfermeira/local' quando pensa que é necessário?				
D1	Quando você vai ao 'nome do médico/enfermeira/local', é o mesmo médico ou enfermeira que atende você todas as vezes?				
D6	Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao 'nome do médico/enfermeira/local'?				
D9	O 'nome do médico/enfermeira/local' sabe quais problemas são mais importantes para você?				
D15	Você mudaria do 'nome do médico/enfermeira/local' para outro serviço de saúde se isso fosse muito fácil de fazer?				
E6	O 'nome do médico/enfermeira/local' sugeriu que você fosse à consulta com esse especialista ou serviço especializado?				
E10	O 'nome do médico/enfermeira/local' escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo da consulta?				
E11	O 'nome do médico/enfermeira/local' sabe quais foram os resultados dessa consulta?				
E13	O 'nome do médico/enfermeira/local' pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado, isto é, perguntou-lhe se você foi bem ou mal atendido por esse especialista ou serviço especializado?				
F3	Quando você vai ao 'nome do médico/enfermeira/local', seu prontuário/ficha está sempre disponível na consulta?				
G9	Aconselhamento para problemas de saúde mental (problemas nos nervos).				
G17	Aconselhamento sobre como parar de fumar.				
G20	Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).				
H1	Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre como dormir suficientemente.				
H5	Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.				
H7	Verifica e discute os medicamentos que você está tomando.				
H11	Como prevenir quedas.				
I1	O 'nome do médico/enfermeira/local' lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?				
I3	O 'nome do médico/enfermeira/local' se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?				
J4	Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?				

A versão reduzida do PCATool-Brasil é composta por 23 itens, contemplando os atributos essenciais: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde (utilização e acesso); longitudinalidade; integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados) e; coordenação (cuidado e sistema de informações); além de outros dois atributos derivados: orientação familiar e orientação comunitária (OLIVEIRA *ET AL.*, 2013). Esse instrumento é baseado no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian e mede a presença e extensão dos atributos da APS por meio de escala Likert, com cinco opções de resposta: 'com certeza sim' (valor=4); 'provavelmente sim' (valor=3); 'provavelmente não' (valor=2); 'com certeza não' (valor=1) e; 'não sei/não lembro' (valor=9), possibilitando construir escores para cada atributo ou seu componente separadamente (BRASIL, 2010).

Ainda, em relação aos usuários, foi aplicado um questionário a respeito do perfil sociodemográfico, contendo questões relativas ao sexo, idade, anos de estudo e situação conjugal dos participantes.

Foram entrevistados usuários com mais de 18 anos, que estiveram presentes nas unidades de saúde selecionadas em dia predeterminado, já atendidos em sua unidade de referência e que aceitaram participar do estudo. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em conformidade com a legislação vigente. As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador treinado e duraram em média 15 minutos.

A tabulação e análise dos dados foram realizadas com auxílio do *software* estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 20.0. Para assegurar maior qualidade, realizou-se a dupla digitação com posterior comparação dos resultados. Para fins de análise, efetuou-se a inversão dos valores do item C11 do PCATool-Brasil para: (valor 4=1), (valor 3=2), (valor 2=3) e (valor 1=4), já que ele foi formulado de maneira que quanto maior o valor atribuído, menor é a orientação para APS. Ademais, para aqueles participantes em que a soma de respostas em branco *('missing')* e com respostas '9' ('não sei/não lembro') atingiram 50% ou mais do total de itens de um componente, o escore não foi calculado, e quando contrário, as respostas '9' ('não sei/não lembro') foram transformadas no valor '2' ('provavelmente não'). Essa transformação se faz necessária para pontuar negativamente algumas características do serviço de saúde que não são conhecidas pelo participante (BRASIL, 2010).

Em seguida, foram calculados escores referentes a cada um dos componentes relacionados com os atributos da APS presentes no PCATool-Brasil. Esses escores foram obtidos pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que o compõe e transformados em escala de 0 a 10 utilizando da seguinte fórmula: (Escore obtido – 1) x 10/3 (BRASIL, 2010).

Logo, calcularam-se os escores Essencial e Geral da APS. O escore Essencial é medido pela soma do Grau de Afiliação mais escore médio de cada um dos componentes que pertencem aos atributos essenciais dividido pelo número de componentes. Já o escore Geral é medido pela soma do Grau de Afiliação mais escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais e derivados dividido pelo número total de componentes. Cabe ressaltar que o Grau de Afiliação não é considerado atributo da APS, mas é incluído no cálculo dos escores Essencial e Geral, e visa identificar o serviço ou profissional de saúde que serve como referência para os cuidados de saúde do entrevistado (BRASIL, 2010).

Consideraram-se altos escores os valores iguais ou maiores que 6,6, que equivalem a um ajustamento dos escores apontados na escala de Likert original a uma escala entre zero e dez, para cada um dos atributos avaliados, conforme recomendação de estudo que aplicam o mesmo instrumento (PAULA *ET AL.*, 2015).

O presente estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de São João del-Rei – CCO, sob parecer 1.234.728.

Resultados

Participaram do estudo 384 usuários vinculados a 26 Uaps. Em relação ao perfil dos entrevistados, identificou-se que a maioria é do sexo feminino (80,7%), 51,6% são casados e 38,5% possuem menos de 4 anos de estudo (*tabela 1*). A idade média dos participantes é de 47,13 anos, variando entre 18 e 85 anos de idade.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos participantes, segundo sexo, escolaridade e situação conjugal, 2016

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	74	19,3
Feminino	309	80,7
Anos de Estudo		
< 4 anos	148	38,5
De 4 a < 9 anos	106	27,6
De 9 a 11 anos	106	27,6
12 anos ou mais	24	6,3
Situação conjugal		
Solteiro	78	20,4
Casado	197	51,6
União estável	23	6,0
Divorciado	36	9,4
Viúvo	34	8,9
Outros	14	3,6

Tabela 2. Valores médios e respectivos desvios padrões dos atributos da Atenção Primária à Saúde conferidos pelos usuários adultos na avaliação, em um município do centro-oeste de Minas Gerais (MG), 2016

Atributos da APS	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Grau de afiliação	384	3,3	10,0	7,5	2,44
Primeiro contato (Utilização)	384	0,0	10,0	9,1	2,40
Primeiro contato (Acessibilidade)	327	0,0	10,0	6,0	3,40
Longitudinalidade /Atendimento continuado	383	0,0	10,0	5,7	1,92
Coordenação (Cuidado e Sistemas de informação)	208	3,3	10,0	7,2	1,60
Integralidade (Serviços disponíveis)	226	0,0	10,0	4,6	3,13
Integralidade (Serviços prestados)	376	0,0	10,0	5,0	3,20
Enfoque familiar	312	0,0	10,0	4,2	3,21
Orientação comunitária	301	0,0	10,0	1,9	3,50

A *tabela 2* apresenta os escores médios do Grau de Afiliação e dos atributos essenciais e derivados da APS analisados. Nela, identificou-se que o Grau de Afiliação e mais dois atributos (primeiro contato/utilização e coordenação/cuidado e sistemas de informação), ambos considerados essenciais, atingiram escore médio superior a 6,6, sendo assim bem avaliados. Os outros seis componentes relacionados com os atributos, quatro essenciais e dois derivados obtiveram escores inferiores a 6,6.

A partir da definição do Grau Afiliação e dos escores de cada um dos atributos, calcularam-se os escores Essencial e Geral. O escore Essencial alcançou média 6,5, variando entre 4,6 e 9,1; e o escore Geral atingiu 5,8, variando de 1,9 a 9,1, demonstrando, assim, que ambos não alcançaram a média mínima de 6,6.

Discussão

A avaliação da presença e extensão dos atributos da APS é fundamental para garantir seus resultados e a qualidade da assistência prestada à população, servindo de parâmetro para gestores, pesquisadores e profissionais (ARAÚJO, 2015; ARAÚJO *ET AL.*, 2014). A avaliação dos atributos colabora para a reflexão acerca das práticas em saúde, promovendo a participação social e servindo como ferramenta de orientação às políticas de saúde e aos avanços no sistema local de saúde. Sendo considerada satisfatória, indica uma APS sólida, cujas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde são desenvolvidas de forma resolutiva, universal e distribuídas com equidade (MESQUITA FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014).

Em geral, os escores Essencial e Geral avaliados neste estudo não apresentaram índices satisfatórios. Destaca-se que o escore Essencial atingiu uma avaliação próxima ao desejável, podendo assim inferir que padrões mínimos esperados de orientação da APS foram alcançados. O valor do escore Essencial pode ter sido influenciado pelos altos escores obtidos pelo Grau de Afiliação e mais dois atributos considerados essenciais: primeiro contato (utilização) e coordenação (cuidado e sistemas de informação).

Já o baixo valor do escore Geral pode ser atribuído ao fato de que, no cálculo desse escore, são incluídos os atributos derivados, enfoque familiar e orientação comunitária, sendo estes os atributos que receberam os menores escores na avaliação. Outros estudos semelhantes, realizados em cenários diferentes, identificaram escores Essencial e Geral baixos, revelando que a prática dos serviços não está orientada por meio dos atributos da APS (ARAÚJO, 2015; ARAÚJO *ET AL.*, 2014; HARZHEIM *ET AL.*, 2016; SILVA; FRACOLLI, 2014).

No que diz respeito a cada um dos atributos da APS, a garantia do acesso de primeiro contato, em suas dimensões de utilização e acessibilidade, está relacionada com o uso da APS como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhimento dos usuários, promoção do vínculo e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde e a capacidade da atenção primária em lidar e resolver diferentes problemas influenciados pelo contexto social (BRASIL, 2012; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; PAULA *ET AL.*, 2016). A dimensão acessibilidade diz respeito à estrutura disponível; e a utilização refere-se aos processos estabelecidos no atendimento aos usuários.

Os resultados deste estudo mostram que a dimensão utilização obteve o maior escore entre todos os atributos avaliados, enquanto a dimensão acessibilidade obteve escore abaixo do desejado, demonstrando, assim, que o processo de trabalho das equipes em relação ao primeiro contato é muito bem avaliado enquanto a estrutura disponibilizada apresenta deficiências, comprometendo, dessa forma, o alcance pleno desse atributo. O atendimento pleno do acesso de primeiro contato pode contribuir para a redução da morbidade e mortalidade, de internação hospitalar, de tempo para a resolução do problema de saúde, de encaminhamentos

desnecessários a especialistas e de custos totais. Resulta no uso eficiente de recursos, na atenção apropriada às necessidades e em melhores resultados em saúde (PAULA *ET AL.*, 2016).

Evidencia-se que a disponibilidade à informação e gratuidade do serviço favorecem a dimensão utilização. Já fatores como linguagem e comunicação, dificuldade de encaminhamento a outros serviços, falta de confidencialidade e confiança, condições de saúde do usuário, características sociodemográficas, mudança frequente de residência, obrigações de emprego e responsabilidades familiares podem desfavorecer essa dimensão (PAULA *ET AL.*, 2016).

O fato de a dimensão acessibilidade ter apresentado escore menor constitui-se um enorme desafio na busca da integralidade da atenção à saúde. Os usuários percebem o acesso ao serviço da APS como algo burocrático e demorado. Diante das dificuldades, os usuários tendem a buscar outras formas de conseguir atendimento a demandas que poderiam ser solucionadas na APS, sobrecarregando assim outros serviços (CAMPOS *ET AL.*, 2014).

O acolhimento ou receptividade é peça importante na acessibilidade: uma boa recepção, a resolutividade, o ouvir o usuário, o atender suas necessidades e a integralidade do cuidado são elementos fundamentais nesse processo. A adoção de ferramentas apropriadas de trabalho gerencial, tais como o horário de funcionamento, a oferta de contato telefônico, a presença de enfermeiro no local, o atendimento domiciliar, a abordagem multidisciplinar, o planejamento das ações, o equilíbrio entre atendimento da demanda espontânea e programada, a organização horizontal do trabalho e o compartilhamento do processo decisório, podem contribuir significativamente para oferecer a atenção ao primeiro contato (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; PAULA *ET AL.*, 2016).

Outro atributo que recebeu avaliação positiva a partir da percepção dos usuários foi o de coordenação (cuidado e sistemas de informação). Esse atributo é considerado pilar da concepção estruturante e complexa da APS, em que pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional e do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços, seja pela integração desse cuidado no cuidado global do paciente (BRASIL, 2010; SILVA; FRACOLLI, 2014). No entanto, pode-se afirmar que, sem a coordenação, a longitudinalidade diminuiria seu potencial, a integralidade seria comprometida e a função de primeiro contato teria conotação essencialmente administrativa (CARNEIRO *ET AL.*, 2014).

Alguns fatores têm impacto sobre a coordenação do cuidado, entre eles: o incremento do papel dos médicos generalistas, relacionado com a gestão e com a responsabilização terapêutica do usuário na rede de atenção; o aumento da capacidade de resolução da APS, por meio da destinação de recursos e da ampliação de serviços ofertados; e a referência e contrarreferências bem estabelecidas. Reconhece-se que a desarticulação da rede ou o desconhecimento dos serviços de apoio disponíveis compromete a resolutividade da APS (CARNEIRO *ET AL.*, 2014).

A avaliação do atributo longitudinalidade demonstra que os usuários desconhecem as unidades de saúde como fonte regular de cuidados, significando que a população não tem esses serviços como referência habitual para as suas necessidades de saúde. Autores sugerem que a falta de preparo dos profissionais de saúde ao lidar com a realidade das condições de vida e saúde da população, muitas vezes direcionando as atividades assistenciais para a doença, e não para a pessoa, ao número de atendimentos, e não para a qualidade da atenção, impedindo a formação de vínculos e serviço integral, constitui também um obstáculo ao alcance da longitudinalidade (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Observou-se a necessidade de estreitar a relação entre os profissionais de saúde e usuários, possibilitando diagnósticos mais precisos, tratamentos mais eficazes e principalmente o empoderamento dos indivíduos para o cuidado com a sua saúde,

contribuindo, assim, para melhor resolutividade dos problemas de saúde. O atendimento a tal atributo só é possível se for uma prioridade da gestão, envolvendo as tecnologias de acolhimento, a oferta adequada de serviços, a fixação do profissional na unidade de saúde e, consequentemente, estabelecimento do vínculo e formação continuada (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; PAULA *ET AL.*, 2016; SILVA; FRACOLLI, 2014).

O atributo integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), que inclui ações tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença como ações de promoção, prevenção, cura/reabilitação e atenção em todos níveis de complexidade; alcançou escore abaixo da média esperada. A avaliação insatisfatória do atributo sugere a não abrangência do contexto do usuário e a descontinuidade assistencial. A atenção à saúde ainda se encontra centrada no modelo hospitalocêntrico, e como no sistema de saúde brasileiro coexistem os serviços públicos e privados, evidencia-se um confronto entre interesses e necessidades quando o usuário prioriza a busca de serviços com uma concentração tecnológica maior do que os da APS (MESQUITA FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A integralidade exige que a APS reconheça a completa necessidade de saúde da população e disponibilize os recursos e estruturas necessárias para atendê-la (MESQUITA FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014). O propósito da integralidade imprime aos profissionais de saúde a tarefa de perceberem o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere (PAULA *ET AL.*, 2016). Dessa forma, permite-se a elaboração de planos de cuidado que atendem às reais necessidades da população, construindo a possibilidade do cuidado centrado no usuário e contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados (PAULA *ET AL.*, 2016).

Nesse sentido, APS se orienta também por meio dos atributos derivados como o enfoque familiar e orientação comunitária. Estes atributos envolvem a estimulação da participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2012).

Um serviço de saúde orientado para a APS com a presença de características como orientação familiar e comunitária permite que o cuidado seja mais efetivo, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde. A clínica ampliada visa romper as barreiras com a clínica tradicional, modificando o processo de trabalho, partindo para o cuidado centrado nos sujeitos e no âmbito coletivo, modificando o modo de cuidar hegemônico, medicocêntrico e pautado nas ações programáticas (ARAÚJO *ET AL.*, 2014).

Os dois atributos obtiveram os piores escores, sendo que o atributo orientação comunitária recebeu valor de 1,9, considerado muito abaixo da média proposta. Outros estudos carreiam uma avaliação ruim desses mesmos atributos, demonstrando que o atributo enfoque familiar obteve o pior resultado (ARAÚJO *ET AL.*, 2014; SILVA, FRACOLLI, 2014). Pressupõem-se que a avaliação negativa desses dois escores pode ser explicada, em parte, pelo número significativo de entrevistados que são usuários de Uaps tradicionais.

Isso pode revelar ainda o não reconhecimento, por parte do serviço, da epidemiologia prevalente e especificidades de saúde da população, da ausência de contato direto com a população adscrita, assim como a ausência de planejamento e avaliação, e da continuidade de uma atenção pautada no modelo individual e curativo (MESQUITA FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014).

O enfoque familiar ocorre quando os indivíduos são considerados dentro de seus ambientes, do contexto familiar e de seus recursos, além da sua exposição a ameaças à saúde. Ademais, uma abordagem orientada

para a comunidade aplica os métodos da clínica, epidemiologia, ciências sociais, pesquisa e avaliação de serviços de saúde. Cabe ressaltar que o planejamento das práticas de saúde no cenário em estudo não envolve a participação da comunidade. É necessária, portanto, uma nova forma de organizar e agir em saúde com a constituição de saberes e de ações que se interpenetrem (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Considerações finais

Os atributos essenciais e derivados da APS analisados receberam avaliação heterogênea; e a maioria necessita de um olhar mais atento e de investimento por parte dos gestores e profissionais. Denota-se um enorme desafio na busca da integralidade da atenção à saúde e a necessidade de orientar as práticas de acordo com as necessidades da população e de dados epidemiológicos, por meio da construção do diagnóstico local e, consequentemente, planejamento de ações, elaboração e reformulação das políticas e programas e organização e aprimoramento da rede de serviços de saúde nos demais níveis assistenciais.

É necessária uma atenção maior acerca do enfoque familiar e orientação comunitária, da utilização de tecnologias de acolhimento, aquisição de confiança mútua e duradoura entre os usuários e os profissionais de saúde, além de maior sensibilização acerca da participação popular e do controle social.

Cabe ressaltar que o instrumento PCATool-Brasil – usuários adultos na versão reduzida – foi de fácil aplicação e manuseio. Sugere-se a sua utilização para uso rotineiro, a fim de avaliar a qualidade e orientação a APS, sob a percepção dos usuários. ■

Referências

ARAÚJO, L. U. A. *et al*. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803521&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 3 jan. 2017.

ARAÚJO, R. L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00387.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2017.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000100012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 3 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *E-Gestor Atenção Básica*. 2017. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 16 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde*: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2016.

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, p. 252-264, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2016.

CARNEIRO, M. S. M. *et al*. Avaliação do atributo coordenação da atenção primária à saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, out., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103--11042014000600279&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 nov. 2016.

HARZHEIM, E. *et al*. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21 n. 5, maio, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501399>. Acesso em: 16 nov. 2016.

INSTITUTO BRASLEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Divinópolis, Minas Gerais*. 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poptMG.def>. Acesso em: 8 jun. 2016.

MESQUITA FILHO, M. M.; LUZ, B. S. R.; ARAÚJO, C. S. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, jul. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000702033&script=sci_abstract&tlng=pt >. Acesso em: 16 nov. 2017.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos Essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, p. 158-64, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2016.

OLIVEIRA, M. M. C. *et al*. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 256-63, out./dez., 2013. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/823>. Acesso em: 16 nov. 2016.

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 16 nov. 2016.

PAULA, F. A. *et al*. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 802-814, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00802.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2016.

PAULA, C. C. *et al*. Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa:* Cuidado é Fundamental online*,* Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 4056-4078, jan./mar., 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/bde-27386>. Acesso em: 16 nov. 2016.

SALA, A. *et al*. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 948-960, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 16 nov. 2016.

SILVA, C. S. O. *et al*. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4407-4415, 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4407.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2016.

SILVA, S. A.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 692-705, out./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0692.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2016.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *The Journal of Family Practice,* Nova Jersey, v. 50, n. 2, p.161-175, 2001.

Recebido para publicação em fevereiro de 2017
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Modelo para avaliação da integração ensino-serviço em Unidades Docentes Assistenciais na Atenção Básica

Model for assessment of teaching-service integration in Teaching Service Units in Primary Care

José Francisco Gontan Albiero[1], Sérgio Fernando Torres de Freitas[2]

RESUMO A pesquisa objetivou elaborar um modelo para avaliação da efetividade da integração ensino-serviço na Atenção Básica. O modelo foi elaborado com base na literatura, consulta aos atores envolvidos na integração (gestão, serviço, comunidade e ensino) e técnicas de consenso com discussão de especialistas para validação. O modelo teórico-lógico foi construído com suporte na legislação da saúde e educação. A matriz avaliativa proposta é composta por quatro dimensões e dez indicadores. Posteriormente o modelo proposto será utilizado no intuito de verificar sua aplicabilidade, a necessidade de ajustes e a possibilidade de replicação em diferentes contextos.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de integração docente-assistencial. Avaliação em saúde. Capacitação de recursos humanos em saúde.

ABSTRACT *This research aimed to develop a model for evaluating the effectiveness of the teaching-service integration in Primary Health Care. The model was based on literature, consult with the actors involved in the integration (management, service community and education) and consensus techniques with discussion of experts for validation. The theoretical-logical model was built with support in health and education legislation. The proposed evaluative matrix is composed of four dimensions and ten indicators. Posteriorly, the proposed model will be used to verify its applicability, the need for adjustment and the possibility of replication in different contexts.*

KEYWORDS *Teaching care integration services. Health evaluation. Human resource training.*

[1] Universidade Regional de Blumenau (Furb) – Blumenau, (SC), Brasil.
chicoalbiero@gmail.com

[2] Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil.
sergio.freitas@ufsc.br

Introdução

As experiências de integração ensino-serviço em saúde no Brasil apresentam tanto avanços nas aproximações institucionais e nas ações em parceria quanto entraves e desafios para sua efetivação (MARSIGLIA, 1995). Nos últimos anos observa-se um movimento de ampliação e fortalecimento da formação em saúde, indutor de mudanças, a partir da aproximação do ensino ao sistema de saúde com o desenvolvimento de múltiplas e novas experiências de integração do ensino com os serviços de saúde (BATISTA *ET AL.*, 2015).

Estudos indicam que a integração ensino-serviço pode favorecer a diminuição da distância entre a formação universitária, a realidade local e necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando assim o compromisso com seus princípios, permite desenvolver ações e projetos que aproximem objetivos pedagógicos das prioridades locais, e ainda criar sinergias entre os cursos, professores e estudantes que atuam nos serviços (CUNHA; MAGAJEWSKI, 2012; FERLA; FAMER; SANTOS, 2013; SORDI *ET AL.*, 2015). No entanto, outras pesquisas destacam dificuldades neste processo: as diferentes percepções dos atores envolvidos, a indefinição de papéis e a tendência de dominação de um grupo profissional sobre o outro (ANDRADE *ET AL.*, 2014; FLORES *ET AL.*, 2015); interesses institucionais distintos (BECCARIA; TREVIZAN; JANUCCI, 2006; OLSCHOWSKY; SILVA, 2000); dificuldades metodológicas nos processos de trabalho e integração embasada em negociações particulares (ALBUQUERQUE *ET AL.*, 2008; HOLBROOK *ET AL.*, 2008; SORDI *ET AL.*, 2015).

Ao considerar que a integração ensino-serviço no País passa por um processo de ampliação e qualificação e que são encontrados na literatura casos isolados de sua institucionalização como em Porto Alegre, Florianópolis, Fortaleza e Sobral (ELLERY; BOSI; LOIOLA, 2013; PEREIRA, 2013; REIBNITZ *ET AL.*, 2012) propõe-se um modelo avaliativo das modalidades de integração ensino-serviço para contribuir para esse processo.

A maior parte das experiências descritas de integração ensino-serviço tem similares cenários de práticas – Atenção Básica (AB), em especial nas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) – porém existem variações tanto nos papéis dos atores quanto nos processos de trabalho realizados.

Em alguns casos ocorre supervisão (presença de docente com os estudantes que estão no cenário) em outros, preceptoria (o profissional do serviço é o responsável por receber os estudantes). Outra diferença pode-se identificar nos processos de trabalho que podem ser compartilhados (grupo da universidade se insere nas ações desenvolvidas pela equipe da unidade) ou próprios (grupo da universidade possui uma agenda de ações em paralelo ao trabalho das equipes do serviço).

Dessa forma configuram-se diferentes tipos de Unidades Docentes Assistenciais (UDA) de acordo com dois elementos de análise: 'orientação' – por supervisão ou preceptoria – e 'processo de trabalho' – compartilhado ou próprio (ALBIERO, 2016)

O objetivo do presente estudo foi elaborar um modelo para a avaliação da efetividade da integração ensino-serviço em diferentes tipos de UDA na AB.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa metodológica de abordagem qualitativa, para elaborar um modelo de avaliação para a integração ensino-serviço, nos diferentes tipos de UDA (SCARATTI; CALVO, 2012).

A pesquisa foi realizada por meio de três estratégias: revisão de literatura; entrevistas com atores envolvidos com a integração ensino-serviço (gestão, serviço, comunidade e ensino) e técnicas de consenso com consulta a especialistas para definição e validação das dimensões e indicadores de avaliação.

Para o levantamento bibliográfico foram consultadas as bases de dados da Biblioteca

Virtual em Saúde (BVS), composta por: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (Ibecs), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline), Biblioteca Cochrane e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram empregados os descritores de serviços de integração docente assistencial em inglês, espanhol e português: *teaching integration services/servicios integración docente asistencial,* integração ensino serviço e ensino em serviço. Esta etapa permitiu a identificação preliminar de indicadores e apoiou a elaboração do modelo teórico-lógico.

A opção metodológica de consultar os envolvidos é baseada nas concepções de Furtado (2001) que propõe um método construtivista/participativo para avaliação em saúde, em que o engajamento dos atores, contribui para a reflexão de suas práticas, possibilita aos envolvidos a coparticipação, o comprometimento e o uso da avaliação realizada.

Esta etapa da pesquisa foi realizada em um município de Santa Catarina com 28 atores da integração ensino-serviço assim distribuídos: quatro participantes da gestão (dois do Núcleo de Educação Permanente, a coordenação da educação e trabalho do município e a coordenação da AB); oito docentes da área da saúde da universidade com, no mínimo, um ano de atividades de ensino e/ou extensão nas unidades de saúde do município; oito discentes da mesma universidade que atuam em estágio ou projeto de extensão nas unidades; quatro coordenadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com histórico de maior antiguidade atuando com a integração ensino-serviço e quatro usuários das mesmas unidades com participação ativa nas rotinas do bairro e/ou representante do Conselho Local de Saúde (CLS).

Foi construído um instrumento de coleta de dados composto por duas partes: uma entrevista e um questionário auto preenchido.

A entrevista foi composta por três questões abertas que visavam conhecer, na perspectiva do entrevistado, as concepções, potencialidades, desafios e indicadores de efetividade para a integração ensino-serviço. As entrevistas foram trabalhadas por meio da técnica de análise de conteúdo, visando identificar e categorizar os indicadores citados pelos participantes. O questionário foi aplicado após a entrevista, sendo composto por uma lista de nove indicadores de avaliação da integração ensino-serviço identificado na literatura ao longo do processo de construção deste estudo. Os respondentes deveriam indicar segundo sua concepção, o grau de importância desses indicadores, em máximo, médio ou mínimo.

A terceira etapa possibilitou o debate e a validação dos indicadores identificados. Os dados foram analisados, organizados e submetidos à discussão com especialistas, sob forma de comitê tradicional (BERETTA; CALVO; LACERDA, 2011), com a finalidade de fortalecer a validade interna do estudo e ainda discutir sobre dimensões, indicadores, medidas e parâmetros da matriz avaliativa proposta. O comitê tradicional foi realizado em dois municípios de Santa Catarina e o grupo de debatedores foi composto por dois representantes da gestão (diretor (a) da AB e integrador (a) ensino-serviço de cada município), dois professores e dois estudantes com experiência de integração, dois profissionais do serviço e dois usuários do CLS de unidades com histórico de integração e três especialistas em avaliação em saúde.

Ao final de todo processo foi proposta matriz avaliativa que será apresentada na sequência neste manuscrito (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE nº 38418314.0.0000.5361. Parecer nº 988.520. Instituição proponente: Universidade Federal de Santa Catarina).

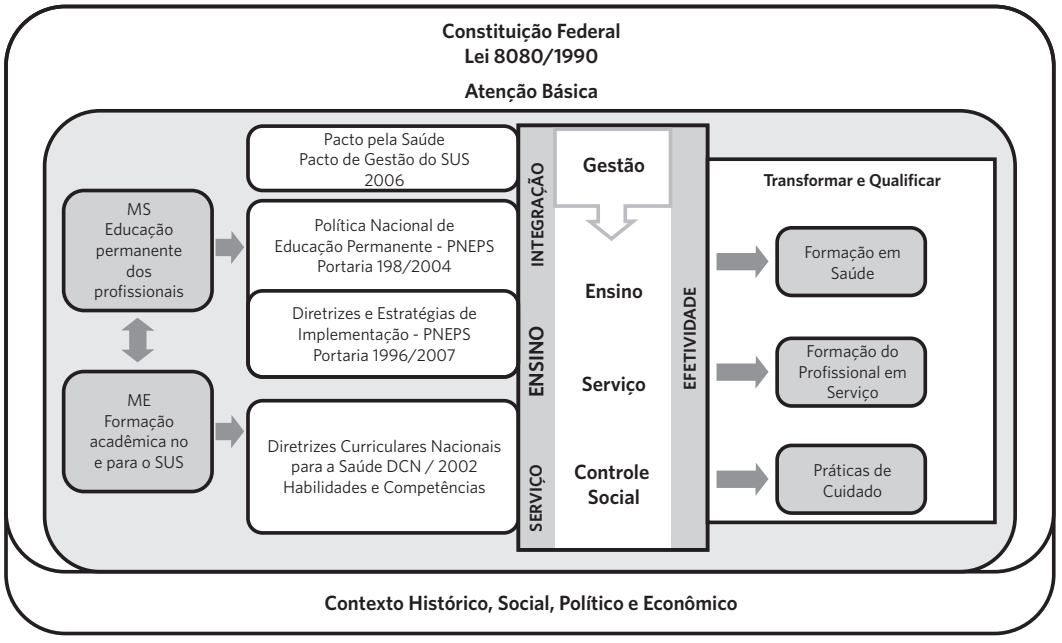
Resultados

O Modelo Teórico Lógico (MTL) é o primeiro resultado do estudo e foi composto por duas partes. A parte teórica tem origem nas políticas de educação permanente do Ministério da Saúde e nas políticas de formação do Ministério

da Educação que em ambos os 'braços' convergem para a integração ensino-serviço, neste caso ela se configura como elemento de ligação entre as políticas. Na parte lógica do modelo apresentam-se os envolvidos e assume-se o que pode ser considerado como efetividade da integração ensino-serviço.

Neste estudo adotou-se o critério da efetividade, entendido como capacidade real para responder às exigências sociais e demandas políticas da comunidade envolvida (SANDER, 1995).

Figura 1. Modelo Teórico-Lógico para avaliação da efetividade da integração ensino-serviço na Atenção Básica



Segundo o MTL a integração ensino-serviço será efetiva quando contribuir para a transformação e qualificação da formação em saúde; da formação em serviço; e das práticas de cuidado.

As dimensões

As quatro dimensões que compõem a matriz avaliativa foram definidas e respaldadas em legislação e revisão de literatura. Tanto na Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) (BRASIL, 2004) quanto nas suas Diretrizes e Estratégias de Implementação (BRASIL, 2007) ficam estabelecidos quatro segmentos intrinsecamente envolvidos no processo da integração ensino-serviço:

> [...] Instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde, as instituições de ensino, os órgãos de controle social em saúde e as ações e os serviços de atenção à saúde [...]. (BRASIL, 2004, P. 8).

Além disso, autores como Ceccim e Feuerwerker (2004), Albuquerque *et al.* (2008), Brehmer e Ramos (2014), Marin *et al.* (2014) sustentam que o processo de formação, educação permanente e integração ensino-serviço são constituídos por quatro segmentos que se comunicam e relacionam integralmente.

Neste sentido, foram definidas como dimensões para o estudo: Gestão, Serviço, Comunidade e Ensino sendo relacionados indicadores correspondentes para cada dimensão, descritos a seguir.

Os indicadores

Os indicadores de avaliação para a integração ensino-serviço identificados nos discursos dos participantes estavam presentes na literatura especializada evidenciando concordância entre os envolvidos com a integração e os autores que estudam o tema. Os indicadores de avaliação estão apresentados no *quadro 1*.

Quadro 1. Indicadores para avaliação da efetividade da integração ensino-serviço identificados na literatura e respectivos autores de referência

Indicador	Autor(es) de Referência
Satisfação do usuário	Mendez (2012); Moimaz, Marques e Saliba (2010); Kuabara *et al.* (2014); Brehmer e Ramos (2014)
Motivação dos profissionais para desenvolvimento do trabalho em equipe	Brehmer e Ramos (2014); Reibnitz *et al.* (2012); Marin *et al.* (2014)
Ampliar o conceito de saúde e conhecimento do SUS na rotina dos acadêmicos	Kuabara *et al.* (2014); Brehmer e Ramos (2014); Ferla, Famer e Santos (2013); Flores *et al.* (2015); Dalmolin *et al.* (2011); Câmara *et al.* (2012)
Aumentar o acesso (número de atendimentos à comunidade)	Tombini (2010); Pereira e Fracolly (2011)
Atualizar e reformular os currículos universitários	Brehmer e Ramos (2014); Reibnitz *et al.* (2012); Albuquerque *et al.* (2008); Castro *et al.* (2012); Cavalheiro e Guimarães (2011); Fuentes e Garcia (2011); Souza e Carceri (2011)
Resolubilidade da Atenção Básica	Gonçalves *et al.* (2011); Pizzinato *et al.* (2012); Caetano Diniz e Soares (2009)
Fortalecer o controle social	Queiroz *et al.* (2015); Paim (2009); Ferreira *et al.* (2012)
Aumentar e manter a frequência aos grupos educativos	Caetano Diniz e Soares (2009); Feurerwerker e Sena (2002)
Aperfeiçoamento profissional/formação em serviço (ampliação dos currículos dos profissionais)	Ferla *et al.* (2013); Pizzinato *et al.* (2012); Lima e Rozendo (2015); Ceccim (2005)

No *quadro 2* estão sistematizadas as quatro dimensões estabelecidas, seus respectivos indicadores e medidas.

Quadro 2. Dimensões, indicadores e medidas da matriz avaliativa para avaliação da integração ensino-serviço da Atenção Básica

Dimensão	Indicador	Medida
Gestão	1 Ampliação do Acesso	Razão entre o número de procedimentos individuais e coletivos realizados na unidade e a população cadastrada em meses letivos e não letivos
	2 Resolubilidade Atenção Básica	Razão entre o número de encaminhamentos da unidade e número de consultas médicas em meses letivos e não letivos
Serviço	3 Motivação para trabalho em equipe	Escala do tipo Likert aplicada aos profissionais das equipes das UDA participantes com resultados distribuídos em 3 extratos: 25% com maior motivação – 50% com motivação intermediária – 25% com menor motivação.

Quadro 2. (cont.)

Serviço	4 Aperfeiçoamento profissional	Cursos de aperfeiçoamento (carga horária igual ou maior que 180h) – 1,0 ponto; especializações (carga horária igual ou maior que 360h) – 0,5 ponto; outras atividades opcionais de educação permanente (carga horária inferior a 180h) – 0,5 ponto que tenham sido realizados por médico (a) e enfermeiro (a) após seu ingresso na Atenção Básica do município.
	5 Frequência a grupos (atividades coletivas)	Taxa de frequência mensal ao grupo por número de cadastrados em meses letivos e não letivos
Comunidade	6 Satisfação do usuário	Escala do tipo Likert aplicada aos líderes da comunidade e/ou representantes do conselho local com resultados distribuídos em 3 extratos: 25% dos maiores índices de satisfação – 50% dos índices intermediários – 25% dos menores índices de satisfação.
	7 Fortalecimento controle social	Escala do tipo Likert aplicada aos líderes da comunidade e/ou representantes do conselho local com resultados distribuídos em 3 extratos: 25% com maiores índices de concordância – 50% índices intermediários – 25% com menores índices de concordância.
Ensino	8 Ampliação conceito de saúde	Escala do tipo Likert aplicada aos estudantes e professores que atuam nas UDA participantes com resultados distribuídos em 3 extratos: 25% com maiores índices de concordância – 50% índices intermediários – 25% com menores índices de concordância.
	9 Ampliação conhecimento SUS	Escala do tipo Likert aplicada aos estudantes e professores que atuam nas UDA participantes com resultados distribuídos em 3 extratos: 25% com maiores índices de concordância – 50% índices intermediários – 25% com menores índices de concordância.
	10 Adequações curriculares	Existência de adequações curriculares nos últimos cinco anos com ampliação de disciplinas e/ou cargas horárias relativas ao SUS; e presença de ligas, núcleos, programas de extensão relacionados ao SUS nos cursos avaliados. Para cada resposta sim 1,0 ponto/para cada resposta não zero ponto.

INDICADOR 1: AMPLIAÇÃO DO ACESSO

A presença de estudantes e professores nas unidades de saúde pode ampliar a cobertura de assistência tanto em ações individuais quanto nas ações coletivas em grupos de educação em saúde. O planejamento do trabalho integrado da equipe com comunidade acadêmica poderá resultar em disponibilidade e velocidade de ação (TOMBINI, 2010; PEREIRA; FRACOLLI, 2011).

O indicador identifica em quais tipos de UDA existe maior acesso da comunidade, bem como se há diferença de acesso em períodos letivos e não letivos do ano. É calculado por uma razão entre o número de procedimentos individuais e coletivos realizados na unidade e a população cadastrada em meses letivos – abril e setembro, e não letivos – fevereiro e julho. Os meses são escolhidos intencionalmente (utilizados nos indicadores 1, 2 e 5), em função de serem considerados típicos, mais estáveis para as atividades em campo. Em março e agosto, por exemplo, de acordo com calendário acadêmico existem semanas de organização das atividades de campo ainda em ambiente universitário, diminuindo assim os dias das ações junto às UBS.

INDICADOR 2: RESOLUBILIDADE DA AB

Caetano, Diniz e Soares (2009), Gonçalves; Albiero (2011) e Pizzinato *et al*. (2012) destacam maior satisfação dos usuários com os serviços nos locais em que a universidade está presente, explicada pelo aumento de acesso a consultas, ampliação da participação da comunidade nas ações das unidades, menores índices de encaminhamentos para atenção especializada e, em muitos casos, serviços prestados em equipe multiprofissional.

Nesta situação amplia-se o número de casos resolvidos na UBS e refina-se a condução para os demais níveis de atenção.

Este indicador identifica em quais tipos de UDA existe maior índice de resolubilidade, aqui definido pelas menores taxas de encaminhamentos para setores especializados da rede, observadas as variações de resolubilidade em períodos letivos e não letivos. Calculado por uma razão entre o número de encaminhamentos da unidade e número de consultas médicas nos meses selecionados.

INDICADOR 3: MOTIVAÇÃO PARA TRABALHO EM EQUIPE

A aproximação entre ensino e serviço possibilita aos docentes e aos trabalhadores dos serviços de saúde a educação permanente, sendo uma via dupla para o frequente intercâmbio de conhecimento. Os atores envolvidos no processo sentem-se motivados em vivenciar o trabalho em equipe e perceber *in loco* as repercussões e parcerias com a comunidade. Nesse sentido, a valorização do trabalho em equipe pode ser identificada como importante indicador de desempenho profissional (BREHMER; RAMOS, 2014; MARIN *ET AL.*, 2014; NUNES, 2002; REIBNITZ, 2012; VIEIRA *ET AL.*, 2017).

Indicador que identifica em quais tipos de UDA existe maior motivação para realizar seu trabalho em equipe. Uma escala do tipo Likert – 'Você se sente motivado para trabalhar nesta unidade? Para trabalhar em equipe multiprofissional? Para desenvolver atividades em parceria com a universidade?' – é aplicada aos profissionais das equipes selecionadas para a avaliação.

No intuito de realizar a avaliação usando como referência as próprias UDA selecionadas optou-se por distribuir os resultados em três extratos de acordo com as pontuações obtidas: 1) 25% das UDA participantes com maior motivação; 2) 50% das UDA participantes com motivação intermediária e 3) 25% das UDA participantes com menor motivação. Dessa forma o passo seguinte – ajuizamento de valor – fica facilitado para atribuição de pontos em cada extrato. Esta lógica avaliativa é utilizada também nos indicadores 6, 7, 8 e 9.

INDICADOR 4: APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL

A participação em diferentes tipos de ações e programas na comunidade universitária pode levar a maior qualificação e aprimoramento técnico dos trabalhadores. A convivência com docentes e discentes e a proximidade da universidade podem gerar nos profissionais o desejo de buscar aprimoramentos inclusive especializações (FERLA; FAMER; SANTOS, 2013; LIMA; ROSENDO, 2015; PIZZINATO *ET AL.*, 2012)

Indicador que identifica em quais tipos de UDA os profissionais apresentam maiores índices de aperfeiçoamento profissional. São pontuados: cursos de aperfeiçoamento (carga horária igual ou maior que 180h); especializações (carga horária igual ou maior que 360h); outras atividades opcionais de educação permanente (carga horária inferior a 180h) que tenham sido realizados por médico(a) e enfermeiro(a) após seu ingresso na AB do município.

Na oficina de consenso com especialistas foi definido que os cursos de aperfeiçoamento teriam maior pontuação em função de não significarem compensações econômicas (progressão na carreira) para o trabalhador, ou seja, sugere que a disposição de se atualizar é o motivo principal da busca dessa formação. Para cursos de aperfeiçoamento foi atribuído 1,0 ponto. As demais atividades 0,5 pontos para cada.

INDICADOR 5: FREQUÊNCIA A GRUPOS (ATIVIDADES COLETIVAS)

Caetano, Diniz e Soares (2009) e Feuerwerker e Sena (2002) destacam as repercussões da educação permanente e do ensino em serviço na qualidade dos atendimentos prestados à comunidade tanto individual quanto

coletivamente. Neste sentido, a integração estimula a maior participação popular e a busca pela integralidade e resolubilidade adequadas a realidade local.

Indicador que identifica quais tipos de UDA apresentam maior participação nas atividades coletivas (grupos) desenvolvidos nas unidades selecionadas. Calculado por uma taxa de frequência mensal ao grupo por número de cadastrados.

Foi selecionado o grupo de hipertensos e diabéticos (conhecidos na AB como grupo de Hiperdia) em função de ser o mais frequente nas unidades, os meses foram escolhidos intencionalmente, em função de serem considerados típicos, mais estáveis para as atividades em campo, e foram justificados anteriormente no indicador 1.

INDICADOR 6: SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Moimaz, Marques e Saliba (2010) evidenciam que o usuário é o ponto central dos processos de avaliação, e que o diálogo permanente entre profissionais e população local pode ser responsável por modificar e qualificar o cotidiano das práticas e o próprio sistema.

Para Brandão, Giovanella e Campos (2013) avaliar a satisfação dos usuários é ferramenta fundamental para subsidiar decisões compartilhadas, práticas profissionais, reorganizar processos de trabalho bem como realocar recursos, readequar ações e redefinir objetivos.

Nesta lógica, trabalhos em parceria do serviço com a universidade podem contribuir tanto para a satisfação da comunidade quanto para seu empoderamento nas práticas preventivas de saúde (BREHMER; RAMOS, 2014; KUABARA *ET AL.*, 2014; MÈNDEZ, 2012).

Indicador que identifica em quais tipos de UDA existe maior satisfação do usuário com a assistência prestada nas unidades. Uma escala do tipo Likert – 'Você está satisfeito com o atendimento nesta unidade? Com o acolhimento dos profissionais? Com o contato com professores e alunos da universidade?' – é aplicada aos líderes da comunidade e/ou participantes dos CLS das UDA selecionadas e os resultados obtidos serão distribuídos em três extratos conforme descrito anteriormente: 1) 25% das UDA participantes com maiores índices de satisfação; 2) 50% das UDA participantes com índices intermediários e 3) 25% das UDA com menores índices de satisfação.

INDICADOR 7: FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL

Queiroz *et al.* (2015), Ferreira, Forster e Santos (2012) e Paim (2009) sustentam que a participação da comunidade expressa a orientação para democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde da comunidade. Nas unidades de saúde com presença da universidade tem-se a expectativa de que a comunidade seja estimulada a participar com maior número de pessoas destacando dessa forma o seu direito de decidir democraticamente sobre as necessidades e prioridades de seu território.

Indicador que identifica em quais tipos de UDA existe maior estímulo para o fortalecimento do controle social. Uma escala do tipo Likert – 'A comunidade melhorou sua participação e interesse. Conselho Local está atuante' – é aplicada aos líderes da comunidade e/ou participantes dos CLS das UDA selecionadas e os resultados obtidos serão distribuídos em três extratos conforme descrito anteriormente: 1) 25% das UDA participantes com maiores índices de concordância; 2) 50% das UDA participantes com índices intermediários e 3) 25% das UDA participantes com menores índices de concordância.

INDICADOR 8: AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE NOS ENVOLVIDOS

Há necessidade de formação permanente e exercício contínuo no cotidiano das UBS para que o conceito ampliado de saúde seja incorporado por todos e de fato, estabeleça novas práticas e novos processos de trabalho

(CÂMARA *ET AL*., 2012; DALMOLIM *ET AL.,* 2011; FERLA; FAMER; SANTOS, 2013; RIBEIRO, 2013;).

Indicador que identifica em quais tipos de UDA existe maior ampliação do conceito de saúde nos acadêmicos e professores envolvidos na integração ensino-serviço. Uma escala do tipo Likert – 'Eu conheço o conceito ampliado de saúde. Eu vivenciei na prática este conceito. Conceito ampliado de saúde é o meu conceito de saúde' é aplicada aos acadêmicos e professores que atuam nas UDA selecionadas e os resultados obtidos são distribuídos em três extratos conforme descrito anteriormente: 1) 25% das UDA participantes com maiores índices de concordância; 2) 50% das UDA participantes com índices intermediários e 3) 25% das UDA participantes com menores índices de concordância.

INDICADOR 9: AMPLIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O SUS

Pesquisas recentes como as de Kuabara *et al*. (2014), Brehmer e Ramos (2014), Flores *et al*. (2015) identificam que além da articulação teoria e prática e uma formação mais humanizada e inserida na realidade local, o ensino em serviço amplia o conhecimento do SUS e a proximidade dos alunos da saúde coletiva.

Indicador que identifica em quais tipos de UDA existe maior ampliação do conhecimento sobre o SUS nos acadêmicos e professores envolvidos na integração ensino-serviço. Uma escala do tipo Likert – 'Conheço os princípios do SUS. Os vejo colocados em prática. Consigo relacionar o SUS com outras disciplinas' – é aplicada aos acadêmicos e professores que atuam nas UDA selecionadas e os resultados obtidos serão distribuídos em três extratos conforme descrito anteriormente: 1) 25% das UDA participantes com maiores índices de concordância; 2) 50% das UDA participantes com índices intermediários e 3) 25% das UDA participantes com menores índices de concordância.

INDICADOR 10: ADEQUAÇÕES CURRICULARES

Muitos estudos como os de Cavalheiro e Guimarães (2011), Albuquerque *et al*. (2008), Souza e Carcereri (2011), Fuentes e Garcia (2011), Castro, Braga e Freires (2012), Reibnitz *et al*. (2012), Brehmer e Ramos (2014) destacam a integração ensino serviço como potencial estratégia colaboradora do processo de mudanças na formação em saúde e ainda que a aprendizagem nos serviços potencializa o desenvolvimento curricular.

Indicador que busca identificar quais tipos de UDA podem estimular ajustes e adequações curriculares que visem enfatizar a saúde e o SUS ao longo da graduação. Indicador composto por duas medidas, com respostas Sim/Não, sendo atribuído um ponto para o sim e zero ponto para o não. São utilizadas duas medidas: existência de adequações curriculares nos últimos cinco anos com ampliação de disciplinas e/ou cargas horárias relativas ao SUS; e presença de ligas, núcleos, programas de extensão relacionados ao SUS nos cursos avaliados. Para cada resposta sim nas duas medidas se atribui 1 ponto.

JULGAMENTOS DE CADA DIMENSÃO

As dimensões foram julgadas a partir da soma de pontos dos indicadores, recebendo conceito Bom, Regular, ou Ruim, de acordo com as pontuações atingidas.

Na dimensão 1 (Gestão) cada UDA poderá atingir 4 pontos. Será considerada Ruim a UDA que não pontuar; Regular a que pontuar 1 ou 2 pontos e Boa a que pontuar 3 ou 4 pontos.

Na dimensão 2 (Serviço) cada UDA poderá atingir 6 pontos. Será considerada Ruim a UDA que fizer até 1 ponto; Regular a que pontuar 2 a 4 pontos e Boa a que pontuar 5 ou 6 pontos.

Na dimensão 3 (Comunidade) cada UDA

poderá atingir 5 pontos. Será considerada Ruim a UDA que fizer até 1 ponto; Regular a que fizer 2 pontos e Boa a que pontuar 3 a 5 pontos.

Na dimensão 4 (Ensino) cada UDA poderá atingir 6 pontos. Será considerada Ruim a UDA que fizer até 1 ponto; Regular a que fizer 2 a 4 pontos e Boa a que pontuar 5 e 6 pontos.

Por fim o juízo de valor sobre o tipo de UDA e o favorecimento a integração ensino serviço apresentado no *quadro 3:*

Entende-se que para uma UDA favorecer a efetividade da integração ensino-serviço, seja total ou parcialmente, não pode ter atributo 'Ruim' nas dimensões ensino, serviço e comunidade. A gestão é função 'meio', aquela que vai garantir e sustentar as inter-relações das funções 'fim'; por isso, considera-se que uma UDA foi bem avaliada nas atividades fim, ainda que esteja ruim na atividade meio, ainda tem possibilidades de ser bem avaliada no que diz respeito à efetividade do desenvolvimento das ações de integração ensino serviço.

Quadro 3. Julgamento das dimensões e ajuizamento de valor para a avaliação da efetividade da integração ensino-serviço na Atenção Básica

Dimensão	**Julgamento da dimensão**	**Pontuação por atributo da dimensão**
D1 Gestão	0 pontos = Ruim 1 e 2 pontos = Regular 3 e 4 pontos = Bom	Ruim = 0 pontos Regular = 1 ponto Bom = 2 pontos
D2 Serviço	0 e 1 ponto = Ruim 2 a 4 pontos = Regular 5 e 6 pontos = Bom	Ruim = 0 pontos Regular = 1 ponto Bom = 2 pontos
D3 Comunidade	0 e 1 ponto = Ruim 2 pontos = Regular 3 a 5 pontos = Bom	Ruim = 0 pontos Regular = 1 ponto Bom = 2 pontos
D4 Ensino	0 e 1 ponto = Ruim 2 a 4 pontos = Regular 5 e 6 pontos = Bom	Ruim = 0 pontos Regular = 1 ponto Bom = 2 pontos
Ajuizamento de Valor – Somatória de Pontos FINAL		
Efetivo 6 a 8 pontos	Parcialmente efetivo 4 ou 5 pontos	Não efetivo 0 a 3 pontos
Sem a possibilidade de ser ruim nas dimensões 2 (serviço), 3 (comunidade) e 4 (Ensino)	Sem a possibilidade de ser ruim nas dimensões 2 (serviço), 3 (comunidade) e 4 (Ensino)	

Discussão

A dimensão 'Gestão' utilizou dois indicadores: ampliação do acesso e da resolubilidade da AB. Argumenta-se que uma UDA com trabalho integrado possa apresentar maior oferta de serviços – seja na amplitude de ações, seja na sua quantidade, maiores possibilidades de discussão e ação sobre os casos da comunidade e ainda a ampliação de ações coletivas de educação em saúde.

A função da gestão se baseia fundamentalmente na busca da melhoria da atenção prestada e do nível de saúde da população assistida. Um grande desafio em qualquer país, especialmente nos de baixa e média renda é ampliar a coerência entre os recursos disponíveis, os serviços e as necessidades da comunidade. Dessa forma, organizar e ofertar serviços em quê estão as necessidades, ampliar acesso à rede de serviços, potencializar a resolubilidade da atenção e a satisfação dos usuários são objetivos importantes (DUSSALT, 1992).

Nesta lógica, estudos sobre a integração ensino-serviço indicam maior satisfação de usuários com serviços nos locais em que a universidade está presente. Ademais justificam pelo aumento de vagas em consultas, diversidade na oferta de serviços, ampliação da participação da comunidade nas ações das unidades, menores índices de referência para o serviço especializado e, em muitos casos, serviços prestados em equipe multiprofissional (GONÇALVES; ALBIERO, 2011; PIZZINATO *ET AL.*, 2012)

A dimensão 'Serviço' tem como indicadores: motivação para trabalho em equipe; aperfeiçoamento profissional e aumento da frequência as atividades coletivas da unidade. Neste sentido, estes três indicadores sugerem um encadeamento. Se o trabalho parceiro com docentes e discentes inspira e amplia a motivação dos trabalhadores em serviço, tem-se a expectativa do aprimoramento ser permanente e, por conseguinte refletir na qualificação de todas as ações realizadas na unidade.

A aproximação entre ensino e serviço possibilita aos docentes e aos trabalhadores dos serviços de saúde a educação permanente, sendo uma via dupla para o frequente intercâmbio de conhecimento. Desta maneira, os atores envolvidos no processo sentem-se motivados em estar vivenciando o trabalho em equipe e percebendo in loco as repercussões e parcerias com a comunidade (BREHMER; RAMOS, 2014; REIBNITZ *ET AL.*, 2012).

A participação em diferentes tipos de ações e programas na comunidade universitária tem servido como estímulo a qualificação e aprimoramento técnico dos trabalhadores. A convivência com docentes e discentes e a proximidade da universidade podem gerar nos profissionais o desejo de buscar aprimoramentos inclusive especializações (LIMA; ROSENDO, 2015; PIZZINATO *ET AL.*, 2012). Caetano Diniz e Soares (2009) e Feuerwerker e Sena (2002) destacam as repercussões da educação permanente e do ensino em serviço na qualidade dos atendimentos prestados à comunidade tanto individual quanto coletivamente.

A dimensão 'Comunidade' é composta por dois indicadores: a satisfação do usuário e o fortalecimento do controle social. Moimaz, Marques e Saliba (2010) evidenciam que o usuário é o ponto central dos processos de avaliação e ainda que a diálogo permanente entre profissionais e população local pode ser responsável por modificar e qualificar o cotidiano das práticas e o próprio sistema. Uma UDA com trabalho conjunto e integrado acaba por ampliar suas ações e sua aproximação da comunidade. Desta forma pode significar maior satisfação do usuário e ainda o empoderamento e qualificação da participação popular. Queiroz *et al.* (2015) e Paim (2009) sustentam que a participação da comunidade expressa a orientação para democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde da comunidade.

A dimensão 'Ensino' possui três indicadores: ampliação do conceito de saúde e do conhecimento do SUS e adequações curriculares. A presença de docentes e discentes no cotidiano das unidades e a realização de ações integradas no serviço e na comunidade podem consolidar a apropriação do conceito de saúde para além de ausência de queixas e ainda a visualização rotineira tanto da filosofia do SUS e seus desafios. Por conseguinte estas experiências e pessoas acabam por retornar à universidade dispostas a qualificar sua formação de forma permanente.

Há necessidade de formação permanente

e exercício contínuo no cotidiano das UBS para que o conceito ampliado de saúde seja incorporado por todos e de fato, estabeleça novas práticas e novos processos de trabalho (CÂMARA *ET AL*. 2012; DALMOLIM *ET AL*. 2011).

Pesquisa recente como a de Flores *et al*. (2015) identifica que além da articulação teoria e prática e uma formação mais humanizada e inserida na realidade local, o ensino em serviço amplia o conhecimento do SUS e a proximidade dos alunos da saúde coletiva. Muitos estudos como os de Cavalheiro e Guimarães (2011), Albuquerque *et al*. (2008), Souza e Carcereri (2011), Fuentes e Garcia (2011), Castro *et al*. (2012), Reibnitz *et al*. (2012), Brehmer e Ramos (2014) destacam a integração ensino serviço como potencial estratégia colaboradora do processo de mudanças na formação em saúde e ainda que a aprendizagem nos serviços potencializa o desenvolvimento curricular.

Considerações finais

A construção do modelo de avaliação da integração ensino-serviço para AB foi realizada em um processo composto por três momentos distintos, porém complementares: a revisão e atualização de literatura especializada, a consulta aos atores envolvidos no processo de integração (Gestão, Serviço, Comunidade e Ensino) e as oficinas de consenso e discussão entre especialistas da área de avaliação e representantes dos grupos mencionados anteriormente.

A matriz proposta possui quatro dimensões, dez indicadores e dez medidas visando identificar quais os tipos de UDA mais ou menos favorecem a efetividade da integração ensino-serviço.

O modelo avaliativo será testado em um município com histórico de integração ensino-serviço para verificar sua aplicabilidade, a necessidade de adequações e ajustes, suas limitações e a possibilidade de ser utilizada em diferentes contextos e em maior escala.

Ao considerar o momento atual do País em que o SUS é ameaçado em todos os seus fundamentos e diretrizes, identificar e avaliar um de seus grandes papéis – ser escola, contribuir na formação de novos profissionais e investir na formação permanente dos profissionais em serviço – é de suma importância. Dessa forma potencializa o processo como um todo e, por conseguinte cumpre seu papel fundamental de qualificar o cuidado da população. ■

Referências

ALBIERO J. F. G. *Avaliação da Integração Ensino-Serviço na Atenção Básica do SUS.* 2016. 184 f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

ALBUQUERQUE V. S. *et al*. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev. bras. educ. med.,* Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

ANDRADE S. R. *et al*. Cooperação e relacionamento entre instituições de ensino e serviço de saúde: o Pró-Saúde Enfermagem. *Texto Contexto Enferm.,* Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 160-166, 2014.

BATISTA S. H. S. S. *et al*. Formação em saúde: reflexões a partir dos programas Pró-Saúde e Pet-Saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 743-752, 2015.

BECCARIA, L. M.; TREVIZAN, M. A.; JANUCCI, M. Z. Integração docente-assistencial entre um curso de enfermagem e um hospital de ensino: concepção do processo sob a ótica de docentes, estudantes e enfermeiros. *Arq. Ciênc. Saúde,* São José do Rio Preto, v. 13, n. 3, p. 61-69, 2006.

BERETTA, I. K.; CALVO, M. C. M.; LACERDA, J. T. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, 2011.

BRANDÃO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes e Estratégias de Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BREHMER, L. C. F.; RAMOS, F. R. S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. REE, *Goiânia* v. 16, n. 1, p. 228-237, 2014.

CAETANO, J. A.; DINIZ, R. C.; SOARES, E. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cogitare Enfermagem*, Volta Redonda, v. 14, n. 4, p. 638-644, 2009.

CÂMARA, A. M. C. S. *et al*. Percepção do Processo Saúde-Doença: significados e valores da educação em saúde. *Rev. bras. educ. med.,* Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 10-50, 2012.

CASTRO, R. D.; BRAGA, C. C.; FREIRES, I. A. Integração ensino serviço: experiência exitosa na atenção odontológica à comunidade. *Revista Brasileira Ciências da Saúde,* Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 235-238, 2012.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. *Cadernos do FNEPAS,* Brasília, DF, v. 1, 2011.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. Mudança na graduação das profissões da saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CUNHA P. F.; MAGAJEWSKI, F. Gestão participativa e a valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. *Saúde Soc.,* São Paulo, v. 21, supl. 1, p.71-79, 2012.

DALMOLIM B. B. *et al*. Significados do conceito de saúde na perspective de docentes da área da saúde. *Esc. Anna Nery,* Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 389-394, 2011.

DUSSALT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Rev. Adm. Pública,* Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 8-19, 1992.

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 187-198, 2013.

FERLA. A. A.; FAMER, C. M.; SANTOS, L. M. (Org.). *Integração ensino-serviço:* caminhos possíveis? Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2013.

FERREIRA, J. B. B.; FORSTER, A. C.; SANTOS, J. S. Reconfigurando a Interação entre Ensino, Serviço e Comunidade. *Revista Brasileira de Educação Médica,* Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, p. 127-133, 2012.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface (Botucatu),* Botucatu, v. 6, n. 10, p. 37-50, 2002.

FLORES, L. M. *et al*. Avaliação do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – PET-Saúde/ Vigilância em Saúde pelos seus atores. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 923-930, 2015.

FUENTES, P. S.; GARCIA, M. A. Impacto de un modelo de integración docente asistencial em laformación-profesional y el campo clínico. *Ciencia y Enfermeria,* Concepción, v. 17, n. 3, p. 51-68, 2011.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

GONÇALVES, G. P.; ALBIERO, J. F. G. A participação da fisioterapia na resolubilidade da atenção básica em Blumenau – SC. *Revista Extensão em Foco,* Palotina, v. 1, n. 7, p. 121-130, 2011.

HOLBROOK, W. P. *et al*. Balancing the role of the dental school in teaching, research, and patient care; including care for underserved areas. *European Journal of Dental Education,* Copenhagen, v. 1, n. 12, p. 161-166, 2008.

KUABARA, C. T. M. *et al*. Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. *REME,* Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 195-201, 2014.

LIMA, P. A. B.; ROZENDO, C. A. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-Pet-Saúde. *Interface (Botucatu),* Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 779-791, 2015.

MARIN, M. J. S. *et al*. A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 967-974, 2014.

MARSIGLIA, R. G. *Relação ensino/serviços:* dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1995.

MENDÉZ, S. *Influencia de laintegración docente asistencial em lacalidad de losserviciosdel primer nível Del Perú y em laformación médica.* 2012. 227 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 2012.

MOIMAZ, S. A. S.; MARQUES, J. A. M.; SALIBA, O. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.

NUNES, E. D. Interdisciplinaridade: conjugar saberes. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 249-258, 2002.

OLSCHOWSKY, A.; SILVA, G. B. Integração docente-assistencial: um estudo de caso. *Rev Esc Enferm USP.,* São Paulo, v. 34, n. 2, p. 128-137, 2000.

PAIM, J. S. *O quê é SUS?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. (Coleção Temas em Saúde).

PEREIRA, A. F. *Integração ensino-serviço em Porto Alegre:* a construção do distrito docente assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal. 2013. 60 f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

PEREIRA, J. G.; FRACOLLI, L. A. Articulação ensino--serviço e vigilância da saúde: a percepção de trabalhadores de saúde de um distrito escola. *Trab. educ. saúde (Online)*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 63-75, 2011.

PIZZINATO, A. *et al.* A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS. *Rev. bras. educ. med.,* Rio de Janeiro, v. 36, supl. 2, p. 170-177, 2012.

QUEIROZ, M. F. F. *et al.* Grupo PET-Saúde/Vigilância em Saúde ao Trabalhador Portuário: Vicência compartilhada. *Interface (Botucatu),* Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 941-951, 2015.

REIBNITZ, K. S. *et al.* Rede Docente Assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: Reflexos da Inplantação dos Projetos PróSaúde I e II. *Rev. bras. educ. med.,* Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 68-75, 2012.

RIBEIRO, I. L. *Aprendizagem na interação ensino-serviço-comunidade:* a formação na perspectiva dialógica da sociedade. 2013. 150 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

SANDER B. *Gestão da educação na América Latina:* construção e reconstrução do conhecimento. Campinas: Autores associados, 1995.

SCARATTI, D.; CALVO, M. C. M. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica a saúde. *Rev. Saúde Públ.,* São Paulo, v. 46, n. 3, p. 446-455, 2012.

SORDI, M. R. L. *et al.* O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais da saúde. *Interface (Botucatu),* Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 731-742, 2015.

SOUZA, A. L.; CARCERERI, D. L. Estudo qualitativo da integração ensino serviço em um curso de graduação em odontologia. *Interface (Botucatu),* Botucatu, v.15, n. 39, p. 1071-1084, 2011.

TOMBINI, L. H. T. *Educação permanente e integração ensino-serviço na perspectiva dos enfermeiros do serviço.* 2010. 177 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

VIEIRA, S. P. *et al.* Planos de carreira, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde: além dos limites e testando possibilidades. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 110-121, 2017.

Recebido para publicação em março de 2017
Versão final em junho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Analizando prácticas participativas en salud: La Semana de Las Crianzas en Villa Soldati

Analyzing participatory practices in health: The Rearing Week in Villa Soldati

Claudia Bang[1], Marcela Corin[2]

RESUMEN Este trabajo describe y analiza una experiencia participativa llevada adelante por un Centro de Salud ubicado en una zona marginal urbana de la Ciudad de Buenos Aires. Dicha experiencia condensa en una semana la realización de gran cantidad de actividades creativas de prevención y promoción de salud, con una planificación conjunta entre profesionales, organizaciones y vecinos del barrio. Se analizan los principales procesos participativos implicados desde la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud Integral. Se concluye que el trabajo creativo colectivo resultante posee una gran potencia en la promoción de salud integral en el barrio, como producción de subjetividad alternativa al modelo biomédico de atención.

PALABRAS-CLAVE Participación comunitaria. Atención Primaria de Salud. Promoción de la salud. Redes comunitarias. Crianza del niño.

ABSTRACT *The purpose of this paper is to describe and analyze a participative experience conducted by a Community Health Center in a marginal zone of the City of Buenos Aires. Such experience condenses in a week the realization of a large number of prevention and promotion creative activities, with a joint planning among professionals, organizations, and neighbors. Main participatory processes included in the experience are analyzed from the Integral Primary Health Care perspective. It is concluded that the resulting collective creative work has a great power in the promotion of integral health in the neighborhood, as a production of subjectivity alternative to the biomedical care model.*

KEYWORDS *Community participation. Primary Health Care. Health promotion. Community networks. Child rearing.*

[1] Universidad de Buenos Aires (UBA). Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Becaria Postdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet) – Buenos Aires, Argentina. *claudiabang@yahoo.com.ar*

[2] Centro de Salud y Acción Comunitaria (Cesac) Nº 24. Hospital General de Agudos Parmenio Piñero – Buenos Aires, Argentina. *mavicorin@hotmail.com*

DOI: 10.1590/0103-1104201711408

Introducción

El inicio del siglo XXI confluye con un proceso de revitalización de la Atención Primaria de la Salud (APS) en nuestra región, proponiendo un retorno al espíritu original de la declaración de Alma-Ata desde una perspectiva integral (OPS, 2007). Diferenciándose del carácter selectivo y focalizado que tuvo la aplicación de esta estrategia durante la década anterior, la APS integral entiende a la salud como derecho humano esencial, centrándose en la necesidad de una articulación intersectorial que asegure universalidad e integralidad en los cuidados en salud y la participación comunitaria como elemento clave y esencial en prácticas de prevención y promoción de la salud (FEO, 2015).

En Argentina, este proceso ha tenido lugar en el contexto de un sistema de salud caracterizado históricamente por la segmentación y fragmentación de sus componentes. A su vez, el desarrollo de políticas y prácticas de APS integral ha convivido con un avance del modelo biomédico de atención, cuyas características principales son el biologisismo, la a-historicidad, el a-culturalismo, el individualismo, la eficacia pragmática y la orientación curativa (MENÉNDEZ, 2003). Se ha instalado así, dentro del campo de prácticas en salud, una fuerte tensión entre la tendencia hegemónica a la objetivación y la tendencia a la subjetivación (STOLKINER, 2013). Esta última es sostenida por prácticas integrales que tienden a la ampliación de derechos.

En este proceso, numerosas son las experiencias y dispositivos locales que han incorporado prácticas de promoción y prevención de salud desde una perspectiva integral en instituciones del primer nivel de atención. Muchas de ellas incorporan estrategias no convencionales e innovadoras en salud. Sin embargo, en este complejo escenario de tensiones y conflictos, estas experiencias suelen quedar poco estudiadas, aisladas e invisibilizadas tras un discurso hegemónico que prioriza prácticas biomédicas.

El objetivo de este escrito es describir una experiencia de promoción y atención de la salud llevada adelante por una institución del primer nivel de atención y analizar los principales procesos participativos implicados desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud Integral. 'La Semana de Las Crianzas' es el nombre de este evento comunitario realizado desde hace 9 años por el Centro de Salud y Acción Comunitaria (Cesac) Nº 24, ubicado en una zona marginal urbana del sur de la Ciudad de Buenos Aires. Esta semana condensa la realización de gran cantidad de actividades creativas planificadas durante todo el año, con una fuerte articulación entre profesionales, organizaciones y vecinos del barrio. Este trabajo realiza un acercamiento conceptual a estas prácticas incluyendo el discurso y la perspectiva de sus actores intervinientes.

Esta investigación se apoya en la rica producción teórica del movimiento de Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericano (STOLKINER; GÓMEZ, 2012). De este movimiento es tomada la idea de promoción de salud referida al fortalecimiento de la capacidad colectiva para lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud y la vida (CZERESNIA; FREITAS, 2006). La idea de salud remite a un objeto complejo, inserto en el proceso dinámico de salud-enfermedad-cuidados. Desde esta perspectiva, se entiende a la promoción de la salud asociada a un conjunto de valores como vida, solidaridad, equidad, democracia, ciudadanía, desarrollo, participación y asociación, entre otros. Se refiere también a una combinación de estrategias centradas en la valorización del conocimiento popular y la participación social (CARVALHO, 2008).

Desde hace más de una década la primera autora ha trabajado sobre el desarrollo e historización de políticas y procesos participativos en salud y salud mental (BANG, 2011). A partir de ese recorrido, la participación comunitaria en salud es entendida como un proceso complejo y dinámico que se da en

una comunidad para la concreta toma de decisiones y el abordaje conjunto del propio proceso de salud-enfermedad.

Este estudio se desarrolla como parte de una investigación posdoctoral de la primera autora, cuyo objetivo general es describir y analizar dispositivos del primer nivel de atención basados en la participación comunitaria y la producción de cuidados en salud y salud mental. Durante el trabajo de campo y en conjunto con una de las coordinadoras de la organización de La Semana de Las Crianzas y actual Jefa a cargo del Cesac (segunda autora) se analizaron algunos de los principales ejes que describen la potencia de esta experiencia, lo que dio como resultado la elaboración del presente escrito.

Este trabajo pretende constituirse en un antecedente e insumo importante para la investigación e implementación de futuras prácticas participativas en promoción de la salud, y su inclusión en políticas públicas del sector.

Metodología

El presente estudio se enmarca dentro de la investigación cualitativa en salud (MINAYO, 1997) combinando diversas técnicas para la recolección, sistematización y análisis del material. El trabajo de campo se desarrolló desde la perspectiva etnográfica, siguiendo sus dos características básicas: la presencia prolongada del investigador en campo y la utilización principalmente de las técnicas de observación participante y entrevistas en profundidad (HAMMERSLEY; ATKINTON, 1994). Esta elección surge del interés por abordar estas prácticas desde la perspectiva/visión de sus actores. En este sentido, el trabajo de campo etnográfico se basa en rescatar la perspectiva nativa, que subyace y articula el conjunto de prácticas, nociones y sentidos organizados por la interpretación y actividad de los sujetos sociales.

Durante todo un año la primera autora acompañó diversas actividades grupales y comunitarias que se desarrollan semanalmente en el Cesac con inclusión de técnicas creativas, lúdicas y artísticas. Dentro de esas actividades, se acompañó todo el proceso de planificación, realización y evaluación de La Semana de Las Crianzas. Ambas autoras participaron de encuentros de planificación, reuniones de equipos profesionales, articulaciones institucionales y reuniones de programación general de actividades. También se participó del proceso de creación colectiva de algunas de las actividades comunitarias que se presentan durante dicha semana, entre ellas la creación del Murgón de la Alegría del programa de adultos y adultos mayores del Cesac.

Este trabajo incluye la perspectiva de los actores implicados a través de entrevistas en profundidad realizadas a 8 profesionales y a 6 integrantes del Murgón de la Alegría. En las entrevistas se indagó sobre la caracterización de las prácticas objeto de estudio, así como la descripción y valoración de la propia participación en dichas prácticas y en su proceso de creación colectiva.

Se describieron y analizaron dos de los principales procesos participativos comprendidos en la experiencia: el protagonizado por los equipos profesionales del Cesac en articulación con organizaciones comunitarias y el proceso de creación de la murga del grupo de adultos y adultos mayores Grupo Alegría. Para ello se utilizaron los registros realizados por cada equipo interdisciplinario, los que estuvieron centrados en una descripción de cada propuesta, su fundamentación, objetivos, contenidos, y actividades, así como el relato de su realización y evaluación posterior. Se incluyó el análisis de una breve encuesta completada por 32 profesionales, en la que se indagaron logros, aportes, dificultades, deseos y expectativas del trabajo conjunto.

El proceso de sistematización del material se realizó siguiendo dos técnicas de análisis de contenido: el análisis temático y el análisis de relaciones. El principio de recurrencia

temática en el material de campo permitió delimitar grandes núcleos temáticos, los que fueron agrupados siguiendo los procesos de generación de categorías y articulación conceptual por tema (VALLES, 2000). Luego, se dio un ordenamiento a todo el material siguiendo los criterios de integración local e inclusiva (WEISS, 1994), para desprender las conclusiones y reflexiones finales. Se utilizaron como criterios de validez la triangulación de técnicas en el trabajo de campo y análisis de la información, y el criterio de credibilidad etnográfica (GEERTZ, 1989). En relación a los criterios éticos, esta investigación ha sido aprobada por el área institucional correspondiente (Área programática del Hospital Piñero – Nota 20/3/14) y evaluada en sus aspectos éticos por la Comisión de Evaluación del área de Psicología y Ciencias de la Educación del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet). Esta propuesta de investigación ha sido aprobada por dicho organismo, determinando la no necesidad de una evaluación por un comité de ética específico, ya que el plan de estudio no comprendió estudios farmacológicos, clínicos, quirúrgicos, epidemiológicos o psicológicos. Tampoco comprendió el uso de equipamiento médico, historias clínicas o muestras biológicas.

Asimismo, y de acuerdo a las características de la investigación, se ha seguido un proceso gradual de obtención del consentimiento informado.

El escenario del despliegue creativo: el barrio y el Cesac

El barrio Ramón Carrillo se crea hacia fines de 1990, con la finalidad de relocalizar a la población que habitaba en el albergue Warnes, en el Barrio de La Paternal. Inicialmente la población era de 7000 personas ubicadas en dos barrios: Ramón Carrillo y Villa Fátima. A partir de entonces, la población ha crecido de forma continua, con la consecuente creación de los barrios: Carrillo II, Riestra, Piletones, Los Pinos, 26 de junio, Calaza, Calacita, La Paloma, Villa La Esperanza y La Veredita. De esta forma, la población asciende a más de 25.000 habitantes (ARISTIMUÑO *ET AL.*, 2014). El componente migratorio es una de las características más significativas: en su mayoría se trata de familias provenientes de países vecinos, y en menor medida de las provincias que conforman el noroeste argentino.

Las problemáticas de salud de la población del barrio son altamente complejas. La precarización laboral, los procesos de desarraigo producto de la migración, la simultánea adaptación y resistencia a las condiciones de vida marcadas por la pobreza y la exclusión social, el aumento de la violencia verbal y/o física en las modalidades de vinculación, la dificultad para proyectar situaciones a futuro, la convivencia de varias generaciones en el mismo espacio físico, las vivencias de duelos y situaciones traumáticas constantes, son sólo algunas de las características que hacen a la complejidad de los procesos de salud/enfermedad en el barrio (BANG *ET AL.*, 2015).

El Cesac Nº 24 nace con el barrio Ramón Carrillo de Villa Soldati, y comienza a trabajar con un grupo de profesionales impregnados en las prácticas de atención primaria que continúa hasta la actualidad. Dependiente del área programática del Hospital Piñero, es el centro de referencia en salud de toda esta población, el que sostiene una fuerte vinculación con su comunidad a través del trabajo asistencial y comunitario del equipo interdisciplinario de profesionales, y del grupo de promotores de salud (CORÍN, 2013).

Actualmente el equipo del Cesac está constituido por 42 profesionales de planta, 7 promotoras de salud y personal administrativo, 60 profesionales residentes y rotantes (medicina general y familiar, enfermería, nutrición, educación para la salud, salud mental, terapia ocupacional, pediatría, veterinaria y trabajo social), además de profesionales externos que aportan en distintos dispositivos, como psicomotricistas,

reikistas, docentes de educación no formal y payasos terapéuticos (Grupo Puenteclown). Se trata de un centro de salud abierto a la comunidad, que cuenta con un gran número de actividades que combinan diversos recursos creativos, dando lugar a la interculturalidad (juegoteca inclusiva, murga, Reiki, huerta comunitaria, consultorio intercultural, etc.). La tendencia a la descentralización, democratización y conducción heterárquica en la institución favorece la posibilidad de catalizar motivaciones y esfuerzos del equipo de salud y la comunidad, favoreciendo el trabajo colectivo.

Figura 1. Tapiz o Wipala tejida colectivamente entre profesionales, pacientes y comunidad del Cesac, como símbolo de integración e interculturalidad (Foto: Marcela Corín)

La Semana de Las Crianzas

Del registro de observación de actividades, redactado por la primera autora de este escrito, se ha elegido el siguiente relato etnográfico para comenzar la descripción de la experiencia:

> *En su primer jornada y ya desde muy temprano se encuentran profesionales, personal administrativo y algunos vecinos preparando la sala de espera para la inauguración de esta semana de actividades comunitarias. Algunos payasos, con sus narices rojas y divertidos guardapolvos suben altas escaleras para colgar globos y guirnaldas en los techos de salones y pasillos, mientras invitan a colaborar a todo aquel que pasa por allí. Son los Puenteclown, agrupación que se formó con la perspectiva del clown social territorial, para trabajar en centros de salud del primer nivel de atención. De a poco, la sala de espera se va colmando de gente, la que ha sido convocada por la difusión realizada durante las semanas previas: se*

trata de familias del barrio, trabajadores del Cesac, referentes comunitarios, invitados de la universidad y muchos otros. En un salón repleto de gente y luego de una breve presentación de bienvenida, el lugar se llena de música y baile a cargo de la presentación de un taller de folklore de un Centro Cultural barrial, invitado especialmente para la ocasión. Los bailarines se hacen lugar entre niños y adultos, y luego de algunas piezas de danza invitan al público a sumarse a bailar, ayudados por los payasos, quienes gustosos bailan y animan a las familias para sumarse. El momento se vive como una gran fiesta, muchos miran y se mueven en el lugar, algunos sacan fotos y otros siguen el ritmo con aplausos. Luego, se realiza la inauguración de la Juegoteca Permanente en Sala de Espera, producto de un proyecto de extensión universitaria realizado junto con la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, para la incorporación de un sector acondicionado con juguetes y libros, como espacio permanente de juego para niños y niñas. En la pared de dicho sector se ve un gran mural con el dibujo de niños de diferentes procedencias, que dice: 'El rincón de la Patria Grande', lo que muestra el espíritu de inclusión e interculturalidad que atraviesa esta y todas las actividades propuestas. En dicha inauguración se invita a todos los niños y niñas presentes a conocer y jugar en este rincón. Mientras la gente conversa y sigue saludándose afectuosamente, se van acomodando tarros de pintura y pinceles para la realización de un mural colectivo en una pared externa lateral de la institución. Un grupo de muralistas junto al equipo de trabajadores y la comunidad viene realizando este mural en etapas, el que aborda la temática, también elegida colectivamente, del juego y la interculturalidad. Mientras en otra de las entradas ya se encuentra funcionando la posta de vacunación con vívidos carteles que invitan a acercarse, se preparan algunos equipos profesionales para salir a realizar diversas actividades creativas en instituciones del barrio, las que han sido planificadas durante los meses anteriores.

Figura 2. Decoración de sala de espera, momentos antes de la apertura del Cesac para la inauguración de La Semana de Las Crianzas (Foto: Claudia Bang)

De una forma similar, cada año se da comienzo al cronograma de esta semana con la realización de múltiples actividades dentro y fuera del centro de salud: talleres, espectáculos, propuestas creativas de realización colectiva y dispositivos de prevención y promoción de la salud que incorporan recursos lúdicos, artísticos y creativos. Además, en toda la semana se realiza una gran cantidad de controles de salud y postas de vacunación.

Numerosos artistas y referentes comunitarios son invitados: algunos ejemplos son las presentaciones artísticas de Los Títeres del Piñero coordinado por el equipo interdisciplinario de gerontología del Hospital Piñero, o el programa Breves Músicas de la Dirección General de Enseñanza Artística de la Ciudad de Buenos Aires. La edición 2014 culminó con la preparación de una Apacheta (lugar sagrado y ofrenda realizada por los pueblos originarios andinos a la Pachamama) realizado junto a una chamana del barrio.

Figura 3. Ritual a la Pachamama y preparación de Apacheta en la entrada del Cesac (Foto: Marcela Corín)

El entramado creativo resultante invita a una participación abierta, con gran visibilidad en el barrio. De esta forma, el Centro de Salud se nutre de actividades creativas y participativas para poner el foco en la necesidad de trabajar desde la salud, visibilizando los procesos de salud/enfermedad/cuidados. Así lo manifiesta una de las coordinadoras entrevistadas:

> *el objetivo es no trabajar sólo con la enfermedad, hacer consciente al barrio y a nosotros mismos que trabajamos para el autocuidado, para que la gente pueda comprender que puede venir acá sin estar enfermo, para otras cuestiones, para hacer actividades que les hacen bien.*

La historia de La Semana de Las Crianzas comenzó en 2009, inspirada en la experiencia de la Semana del Bebé realizada por Salvador Celia en Canela, al sur de Brasil (GORODICH, 2003). A partir de una capacitación recibida en derechos de infancia y adolescencia (CRED-PRO, 2006) el equipo de profesionales del Cesac se planteó la necesidad de crear y transformar dispositivos que contemplen los derechos de los niños, y sobre todo dieran visibilidad a las acciones que se venían realizando.

Del análisis del material de campo se desprende que en la realización de estas actividades lúdico-artísticas confluyen varios procesos heterogéneos de participación comunitaria coordinados por actores diversos. Los principales procesos son:

1. Desde el año 2014 se lleva adelante un proceso de planificación conjunta de actividades entre los profesionales del Cesac en articulación con instituciones del barrio. Para ello se dispone de una reunión mensual del curso anual de postgrado dictado en la institución. La consigna es la conformación de equipos de trabajo heterogéneos que planifiquen, realicen, registren y evalúen dos actividades por grupo: una dentro de la institución y otra en una organización o institución barrial. Luego de una capacitación para la realización de actividades creativas con participación comunitaria, se disponen momentos para el trabajo grupal, para que los equipos salgan a planificar junto a las instituciones y organizaciones barriales, así como para la realización de registros. Las autoras de este escrito fueron parte de la coordinación de dicho proceso.

2. En segundo lugar, se encuentran las actividades sostenidas por los mismos trabajadores, grupos profesionales que realizan habitualmente tareas en la institución o invitados especiales. Algunos ejemplos son: un show de magia en sala de espera realizado por una trabajadora social del Cesac, la realización colectiva de un tapiz intercultural, las actividades del Grupo Puenteclown, talleres de musicoterapia y juegos para niños y adultos, entre tantos otros. En este marco y desde el año 2013 el grupo de adultos y adultos mayores Grupo Alegría que se reúne semanalmente en le Cesac ha conformado una murga.

Los escenarios de realización de estas actividades también son múltiples: se desarrollan actividades simultáneas en sala de espera, en el salón de usos múltiples y en los consultorios. Otras tantas actividades salen del Cesac para hacer un recorrido por el barrio y llegar a centros educativos, escuelas, Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y comedores, entre otros. Esta articulación posibilita la circulación de los profesionales, vecinos y otros participantes por diferentes espacios significativos del barrio.

Los controles de salud se potencian y cuadruplican durante esa semana, alcanzando los 200 a 270 controles realizados por las pediatras y médicas generalistas. Las postas de vacunación se realizan en la puerta del Cesac durante toda la semana, además del vacunatorio y las postas extramurales. También se pone en marcha el observatorio de desarrollo infantil interdisciplinario en consultorios conjuntos,

probando distintas herramientas para el registro, seguimiento y valoración del proceso de desarrollo en los primeros años de vida.

Cabe destacar que, desde el año 2016 (luego de haberse realizado el trabajo de campo), se ha decidido realizar un proceso más amplio que incluye varias semanas de actividades en distintos momentos del año, utilizando una similar metodología de creación colectiva. Se han incorporado nuevos promotores de salud formados en el Cesac y se han incluido otras actividades a lo largo del año (Día internacional de lucha contra la diabetes, diversas campañas de prevención, entre otras). Este proceso en crecimiento constante permite que esta metodología participativa de trabajo no se vea reflejada sólo en la semana de las crianzas, sino que va nutriendo a todas las actividades que se desarrollan desde el Cesac, posibilitando una participación cada vez más amplia de vecinos, instituciones y equipos de salud.

Análisis de los procesos participativos

Dentro de los múltiples procesos participativos que conforman esta experiencia se estudiaron aquellos que han comprendido procesos sostenidos en el tiempo, donde profesionales, pacientes, referentes barriales y otros se reúnen semanal o quincenalmente durante gran parte del año para planificar, realizar y evaluar las actividades conjuntas que tienen lugar en la semana del evento. En primer lugar, se aborda el proceso que realizan los equipos profesionales del Cesac en articulación con instituciones del barrio, y luego se aborda el proceso de creación de 'El Murgón de la Alegría'. Se describen y analizan estos procesos a través del discurso de sus protagonistas: los profesionales y trabajadores del Cesac, y los adultos y adultos mayores participantes de la murga del Grupo Alegría.

Sobre el proceso creativo colectivo entre profesionales e instituciones

El siguiente análisis se realiza sobre la base de los registros de observación participante, los registros redactados por cada equipo de profesionales, y las entrevistas y encuestas realizadas a sus miembros.

Durante el período que duró la investigación la conformación de cada equipo resultó fuertemente interdisciplinaria, con la inclusión de profesionales del Cesac, profesionales residentes y promotores de salud. Como resultado de este proceso se realizaron 6 actividades en la institución y 6 en comedores, instituciones educativas del barrio y una radio comunitaria. Se incluyeron la realización de obras de teatro, espacios de juego inclusivo, lectura teatralizada de cuentos, la realización de una columna radial, teatro de sombras, entre otros.

Los entrevistados destacan la importancia de la realización de estas actividades, ya que, si bien tienen lugar en una sola semana, concentran gran parte del trabajo anual que compromete a muchos actores y se presenta como oportunidad para trabajar algunas temáticas de salud integral a través de procesos creativos. Todos los grupos describieron el contenido de su propuesta haciendo referencia a la inclusión de recursos lúdicos y artísticos: se las define como propuestas artísticas, lúdicas, expresivas y lúdico-educativas. Se valora muy positivamente la inclusión de recursos lúdicos, artísticos y creativos en las actividades, según una profesional entrevistada: *"en relación al arte y la salud, nos sirve para buscar y encontrar otro tipo de herramientas para trab*ajar". Particularmente se utilizaron recursos teatrales, literarios, plásticos, musicales y lúdicos (juego libre y reglado). Durante la realización de las actividades, observamos que se fomentó la participación activa de los niños, niñas y adultos participantes, los que fueron

invitados a leer, jugar, dibujar, utilizar títeres, y reflexionar sobre diferentes aspectos de la salud y los cuidados.

Siguiendo el criterio de recurrencia temática hemos ordenado los aspectos más significativos mencionados por los profesionales en los siguientes tres apartados:

La perspectiva de derechos y la importancia de trabajar desde lo vincular y creativo

Las entrevistas y los registros hacen referencia en primer lugar, a que las actividades planificadas se fundamentaron en el derecho de las niñas y niños a jugar y participar en actividades recreativas que favorecen el desarrollo de su salud en forma integral, incluyendo necesidades sociales, culturales, emocionales y psicológicas. De allí se destaca la importancia de la construcción de espacios de lectura y juego desde la primera infancia, con la inclusión de estrategias creativas. Según una de las profesionales que coordinó la actividad del rincón de lectura:

> *pensamos que posibilitar que haya espacios creativos para los niños es apostar a la imaginación, herramienta indispensable para que un ser humano pueda desarrollarse.*

Todos los registros y entrevistas coinciden en que sus propuestas han incluido activamente la mirada y acción de los niños y adultos participantes, estimulando la toma activa de la palabra. Estas actividades son entendidas como espacios subjetivantes y de expresión para los niños y niñas del barrio, al estimular el vínculo con padres, niños y otros adultos. En este sentido, los relatos de los profesionales han puesto el acento en la posibilidad de generar placer y disfrute a través de las actividades vinculares realizadas. Así reflexionaba un profesional:

> *la actividad pudo lograrse con sensaciones de mucho entusiasmo, creatividad, alegría, emoción, y mucha diversión... por parte de las familias que participaron y de nosotros mismos.*

Según un registro grupal: *"todos los profesionales del equipo de salud formamos parte de la organización generando entusiasmo y propuestas"*. En cuanto a la comunidad, se expresa que

> *es una oportunidad rica y valiosa que todos esperan en el barrio: niños y familias por una mayor equidad en salud y mayores oportunidades de juego y creatividad.*

De esta forma, se entiende que las características vinculares de estas actividades refuerzan acciones de promoción y comunicación.

Figura 4. Realización de un mural colectivo en la pared externa del Cesac (Foto: Claudia Bang)

La posibilidad de conocerse y compartir saberes y prácticas en los equipos profesionales

Según lo expresado en los registros grupales, la planificación fue vivida desde el entusiasmo, destacándose la oportunidad de trabajar grupalmente. Así lo expresaban:

> *fue muy significativo que nos hayamos podido poner de acuerdo, nos hayamos comprometido con las diferentes tareas asignadas desde el entusiasmo y las ganas de compartir con el otro.*

Casi todos los grupos acentúan la horizontalidad en la participación, el respeto y la escucha en cada etapa del proceso. Según una profesional:

> *creemos que todos participamos por igual, respetándonos, cumpliendo con lo pautado, escuchándonos y sobre todo potenciando aquello que cada uno tenía para aportar, confiando en el otro, planteando sugerencias y desacuerdos cuando fue necesario.*

También se valora el haber podido trabajar con compañeros con quienes no se comparte en lo cotidiano y haber intercambiado, a través de la tarea, saberes provenientes de diferentes disciplinas, saberes extradisciplinares y experiencias personales, descubriendo el conocimiento sobre arte o juego que poseen algunos integrantes, todo lo que ha enriquecido el proceso. Al decir de otra profesional:

> *un hecho significativo tuvo que ver con poder encontrarnos trabajando personas que por lo general no trabajamos juntos, pudiéndonos poner de acuerdo en relación con un objetivo en común y trabajar para eso.*

Para muchos ha sido una primera experiencia grupal con inclusión de recursos creativos, lo que fue sentido como un desafío interesante y motivante a la vez. Asimismo, se valora la inclusión de recursos artísticos y el proceso de creación colectiva como posibilitador de una reflexión conjunta sobre prácticas de salud y crianza. En relación a la construcción de una obra teatral, una de las profesionales mencionaba: *"El mismo debate en el armado del guión fue enriquecedor, tanto para conocerse, como para pensar las problemáticas de la población"*.

El fortalecimiento de redes institucionales y comunitarias

Entre los principales objetivos registrados por los equipos para sus tareas se encuentra la creación de espacios de encuentro con las instituciones del barrio y la comunidad, así como el fortalecimiento de lazos con organizaciones y la población para la planificación conjunta de acciones de promoción y prevención en salud. Entre los aspectos que han facilitado la tarea se destaca el poder presentar algunas propuestas desde los espacios que ya se vienen articulando con instituciones del barrio. Un profesional entrevistado así lo mencionaba:

> *la institución la elegimos por el vínculo que tenemos desde hace años con la referente, ya que ahí funcionaba primero un comedor y luego un Centro de Primera Infancia. Nos interesó reforzar ese vínculo.*

En relación al proceso de planificación conjunta, fue significativo que todos los grupos reconocen que ellos fueron quienes planificaron y llevaron la propuesta a la institución:

> *pudimos evaluar que durante todo el proceso creativo pensamos en la posibilidad de trabajar, diseñar, dibujar, escribir y otras actividades con la institución receptora.*

En relación a una actividad realizada en una institución nueva en el barrio, un grupo mencionaba:

> *evaluamos que al ser un primer encuentro, y para muchos la primera experiencia creativa, la sola propuesta y aceptación por parte del Jardín, nos eximía de las actividades en conjunto.*

Los equipos y profesionales entrevistados entienden que, si bien el contacto o intercambio con las instituciones fue muy valioso, en algunas oportunidades no se ha logrado una verdadera planificación conjunta de actividades, lo que se ha constituido en un fuerte desafío.

Evaluación participativa sobre el propio proceso

Hacia el final de La Semana de Las Crianzas de 2014 se realizó un taller para el equipo de Salud. Con la finalidad de poner en común logros, dificultades, deseos y expectativas sobre el trabajo conjunto realizado, se administró una pequeña encuesta, cuyas respuestas se compartieron hacia el final de la actividad. Se registraron 32 respuestas, las que se agrupan alrededor de dos ideas: por un lado, los participantes manifestaron que han aportado a la tarea conjunta un gran esfuerzo laboral relacionado con el compromiso y la voluntad; por otro lado, se encuentran muy presentes las ideas de haber aportado alegría, felicidad, y pasión, manifestando un fuerte componente afectivo asociado a la tarea diaria. La palabra que más se repite es 'ganas', relacionado en general a las ganas de aprender y trabajar. Otras ideas muy presentes como características del trabajo conjunto están relacionadas con la dedicación, el tiempo, la voluntad, la energía, la experiencia, el amor, la alegría y la escucha. De esta forma, se rescata la importante presencia del componente afectivo relacionado con lo vincular en el establecimiento de lazos entre colegas y con pacientes/personas del barrio.

Sobre el proceso creativo del Murgón de la Alegría

Este apartado tiene como finalidad abordar el proceso creativo realizado por el taller de adultos y adultos mayores, uno de los espacios abiertos a la comunidad que funciona semanalmente en el Cesac. Del trabajo con los registros de observación surge el siguiente relato redactado por la primera autora de este trabajo:

La murga del taller de adultos y adultos mayores Grupo Alegría se presenta durante la segunda jornada de La Semana de Crianzas 2014. Ese día, la mayoría de sus integrantes llega más temprano de lo habitual, expresando mucho entusiasmo y expectativas. Comienza a prepararse la vestimenta: sobre remeras y pantalones verdes y violetas flamean flecos de pulseras y tobilleras realizadas previamente con retazos de tela. A esto se suman accesorios representativos de diferentes países: sombreros paraguayos e insignias o telas de colores. Los rostros se decoran con diseños en purpurina, y se reparten accesorios y pelucas brillantes. Se infla una gran cantidad de globos, se prepara el estandarte, se cuelgan los tambores y se realiza la última práctica de formación. Llega la hora de la presentación y luego de darse aliento a través de palabras y abrazos en ronda, la murga sale a golpe de tambor, seguida por los pasos de una coreografía que intentará sostenerse durante todo el recorrido. Casi todos los que participamos del proceso previo estamos presentes junto al equipo de coordinación del taller (conformado por profesionales del Cesac, docentes del programa Barrios en Juego y tres integrantes del Grupo Puenteclown) y unos 20 participantes estables del grupo: hombres y mujeres del barrio, cuyas edades oscilan entre los 50 y los 80 años, la mayoría extranjeros provenientes de países vecinos.

Al comenzar el recorrido el grupo muestra gran motivación, concentrándose en ajustarse a los ritmos murgueros. Muchos vecinos se asoman a sus balcones o salen a la puerta para sacar fotos o aplaudir, lo que llena de orgullo al grupo. El recorrido finaliza en un Centro de Primera Infancia de Villa Fátima, donde esperan atentos unos 40 niños pequeños, junto a sus maestras. El grupo entra bailando y reparte globos, lo que facilita la interacción. De a poco, niños y adultos hacen rondas al ritmo de los tambores. Luego, los músicos dejan que los niños toquen los tambores y se comparte música y canciones. Al finalizar la actividad y despedirse, los rostros de niños y adultos se llenan de sonrisas.

Figura 5. El Murgón de la Alegría recorriendo el barrio durante La Semana de Las Crianzas (Foto: Marcela Corín)

Para algunos fue la primera vez que compartían este tipo de experiencias, así lo manifestaba un integrante: *"Es la primera vez que participaba. Yo nunca había estado y me pareció muy bonito estar todos juntos y compartir, divertirse y bailar todos"*.

El proceso de creación colectiva de esta actividad duró varios meses, en los que se destinó gran parte de los encuentros semanales para tomar decisiones colectivamente y organizar la tarea. Ya se había participado como invitados en una murga el año anterior, ahora se decidió asumir el desafío de crear colectivamente la propia murga. Para ello se inició un proceso de construir tambores con cueros y material reciclado, preparar el vestuario, ensayar los ritmos y crear la canción que acompañaría el baile, aprender los pasos y ensayar. También se decidió colectivamente el recorrido que se realizaría durante la presentación y la institución que se visitaría. Los participantes del grupo valoran haber podido realizar este proceso de forma verdaderamente colectiva y desde un rol activo. Así lo expresaba una integrante: *"es que todo lo hacemos, desde el instrumento, todo hecho por nosotros mismos, no es comprado"*. Otro integrante mencionaba: *"nosotros hicimos las cosas y uno lo hace con gusto, uno se pone y sabe que va a quedar bien, y uno así lo hace lo mejor que uno puede..."* A su vez, este proceso ha reforzado un gran compromiso sostenido en lazos solidarios: *"este es un proceso nuestro, porque todos compartimos, todos colaboramos. Si había lluvia igual veníamos para hacer esto"*.

En la evaluación colectiva posterior a la actividad muchos mencionaron haberse sentido muy a gusto y contenidos en el proceso cargado de alegría y compañerismo, como lo decía un integrante: *"participando junto a los compañeros, como en familia"*. En las entrevistas, muchos mencionaron que fue un gran proceso de aprendizaje: *"yo aprendí cómo se hace un conjunto, cómo se hace una fiesta, cómo se organiza, y eso fue muy lindo"*.

Otro participante decía: *"fue bonito porque es lindo lo que hicimos, fue hermoso, porque es una cosa que aprendimos, compartimos y encima usamos"*. Un integrante de la batucada comentaba: *"al menos a tocar el ritmo yo aprendí, porque yo no sabía tocar. Me sentí bien, nunca había tocado, yo salí músico* [risas]", a lo que una compañera agregaba: *"ensayando, ensayando salió y fuimos mejorando, tomando confianza"*. El crecimiento conjunto aparece como una consecuencia de haber pasado por este proceso: *"y el grupo ha crecido, eso es lo que más me gusta, y va a crecer más y más"*. Por todo lo antedicho, este proceso parece haber dejado profundas marcas en la subjetividad de todos los que formaron parte.

Conclusiones

En este recorrido nos hemos acercado a una experiencia compleja que articula diversos procesos y pone en relación a múltiples actores. Los registros y relatos analizados confluyen en caracterizar a La Semana de Las Crianzas como una experiencia fuertemente interdisciplinaria, con articulación intersectorial y gran participación comunitaria. El resultado de este proceso es la concreción de un importante entramado interinstitucional y comunitario que trabaja para la producción colectiva de salud y subjetividad en el barrio. La inclusión de una visión intercultural atraviesa toda la experiencia, dejando profundas marcas no sólo en la comunidad, sino también en los profesionales participantes.

El análisis de los procesos participativos estudiados muestra que tanto profesionales como pacientes y vecinos se sienten sujetos de una participación que se construye a través de diversos procesos de creación colectiva cargados de afectos, generando construcciones identitarias que afianzan los vínculos existentes. De esta forma, la participación comunitaria se apoya en la generación y sostenimiento de procesos, actividades, espacios y vínculos asociados al placer, lo que hemos reconocido como un componente libidinal de la participación (BANG, 2014). Se evidencia aquí lo imprescindible de la creación de dispositivos vinculares y afectivos que den lugar a procesos de subjetivación para el sostenimiento de procesos participativos. Se supera así una concepción instrumental y meramente racional de la idea de participación, sostenida históricamente desde las políticas y modelos normativos en Atención Primaria de Salud. La participación deja de ser aquí una colaboración pasiva a propuestas decididas por otros y sentidas como ajenas, para constituirse en verdadera estrategia de transformación conjunta de los procesos de salud/enfermedad/atención-cuidados.

Asimismo, esta experiencia ha encontrado en los procesos de creación artística colectiva una gran capacidad para la generación de efectos comunitarios saludables ya que, como lo enuncian los entrevistados, las actividades lúdicas y artísticas, al ser abordadas desde lo colectivo, ponen en juego la imaginación, la ficción y la espontaneidad, potenciando la creatividad, componente central en el fortalecimiento de una capacidad colectiva para el abordaje de los procesos implicados en la salud y la vida.

Entendiendo a la salud desde una perspectiva integral e incorporando la lógica de derechos, estas prácticas se constituyen en potentes estrategias de promoción de salud en el ámbito comunitario. En este sentido, no es posible pensar a la salud integral separada de otros derechos como el juego, la lectura y la participación en actividades vinculares generadoras de placer (BUSTELO, 2007).

Como se ha analizado, los procesos desencadenados tienden a la conformación de espacios vinculares, posibilitadores de nuevas miradas, canalizadores de deseos y necesidades compartidos, transformadores de representaciones e imaginarios sociales, y espacio de creación colectiva que pone en juego la posibilidad de transformación de las propias

realidades. En un contexto caracterizado por la pobreza, la exclusión social, el desarraigo y múltiples formas de violencia, estas prácticas se muestran como formas alternativas de respuesta, las que van tejiendo redes de contención institucional y comunitaria, presentando en acto otras formas de vínculos posibles.

Pero tal vez una de las dimensiones más significativas de esta experiencia está dada por su fuerte componente vincular y afectivo, muy presente en los relatos recogidos, como producción de subjetividad alternativa al modelo biomédico de atención. En oposición a un modelo centrado en la creciente objetivación de los padecimientos subjetivos (AUGSBURGUER; GERLERO, 2005), esta experiencia se muestra centrada en un 'trabajo vivo' (MERHY, 2002), posibilitado por la construcción conjunta de una vivencia compartida del hacer creativo. Por sus características lúdico-artísticas particulares y los procesos cooperativos asociados, estas prácticas permiten transmitir en acto una perspectiva de salud integral, basada en el cuidado y asociada al placer, la alegría y las relaciones comunitarias solidarias. El análisis de entrevistas muestra que esta experiencia ha permitido además horizontalizar vínculos entre profesionales y pacientes y crear conocimientos prácticos compartidos, dimensiones que Sousa Campos (2001) ha relacionado con una clínica centrada en el sujeto y en defensa de la vida.

La Semana de las Crianzas, como parte de una estrategia integral de promoción de salud, permite además visibilizar, optimizar y articular recursos existentes en la comunidad. Según Bertucelli, Lerda y Mercado (2002), este sería un modo estratégico de intervención comunitaria en salud, ya que se apoya en procesos colaborativos, articulándose al movimiento de las redes comunitarias existentes. En este sentido, la inclusión de la perspectiva intercultural posibilita el reconocimiento y la circulación de múltiples saberes y prácticas presentes en la comunidad, fortaleciendo procesos participativos, al ser congruentes con las formas del hacer comunitario.

Reflexiones finales

Este desarrollo nos pone de cara a la necesidad de potenciar estrategias y prácticas complejas de participación comunitaria que integren los elementos del proceso creativo en su contexto socio-histórico-cultural dentro de la estrategia de promoción de salud. En este sentido, la cosmovisión andina nos permite repensar las prácticas de salud a través de la idea de Buen Vivir/Vivir Bien, como forma de vivir comunitaria en armonía con el entorno, a través de prácticas cotidianas de respeto, cooperación y solidaridad (HUANACUNI, 2010). Desde la perspectiva de salud colectiva, nos proponemos recuperar estos valores generando prácticas que confronten al individualismo y la competencia propios de la sociedad de mercado (ALAMES, 2011). Se trata también de reconocer y recuperar el placer como práctica de salud y salud mental, y como producción de subjetividad tendiente a la humanización en la atención de los padecimientos. La multiplicación de estas experiencias permitiría afianzar redes y vínculos comunitarios, favoreciendo también la expresión de la diversidad cultural presente, por ejemplo en las distintas formas de crianzas.

Colaboraciones

Claudia Bang y Marcela Corín han participado de todas las etapas de elaboración de este artículo.

Agradecimientos

A los niños, niñas y adolescentes de la aldea de Villa Soldati y sus familias, al equipo de salud del Cesac Nº24, a las organizaciones comunitarias, instituciones educativas, a la comunidad de artistas participantes y a los payasos terapéuticos. A los compañeros que ya no están, a los que siguen en el camino y a los que seguirán sosteniendo este proyecto colectivo que nos vincula en una ola de amor y compromiso. ■

Referências

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL (ALAMES). *Documento dirigido a la Organización Mundial de la Salud ante la Conferencia Mundial sobre Determinantes sociales de la salud*. 2011. Disponible en: <http://www.alames.org/index.php/documentos/declaraciones-de-la-asociacion/2011>. Acceso em: 21 fev. 2017.

ARISTIMUÑO, S. L. *et al*. Miro tu esquina y veo... basura. In: CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA GENERAL, 29., Santa Rosa, 2014.

AUGSBURGER, A. C.; GERLERO, S. S. La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental. *Revista de Temas Sociales*, Buenos Aires, v. 9, n. 15, p. 1-10, 2015.

BANG, C. Debates y Controversias sobre el concepto de Participación Comunitaria en Salud: Una revisión histórica. *Revista Eä–Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, Buenos Aires, v. 3, n. 2, p. 1-23, 2011.

BANG, C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, Valparaíso, v. 13, n. 2, p. 109-120, 2014.

BANG, C. *et al*. *Semana de Las Crianzas en Villa Soldati*: una experiencia creativa desde un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CESAC Nº24) junto a la comunidad. In: CONGRESO IBEROAMERICANO DE PRIMERA INFANCIA, 1., Buenos Aires, 2015.

BERTUCELLI, S.; LERDA, M. C.; MERCADO, C. B. Centros de Acción Comunitaria: una nueva y antigua estrategia institucional para generar políticas sociales. *Revista Iberoamericana*, Rosario, v. 2, n. 3, p. 31-44, 2002.

BUSTELO, E. *El Recreo de la Infancia*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2007.

CAMPOS, G. W. S. *Gestión en salud*: en defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2001.

CARVALHO, S. Promoción de la salud, empowerment y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva*, Lanús, v. 4, n. 3, p. 335-347, 2008.

CORÍN, M. Redes y puertas en Salud Mental Comunitaria en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CESAC Nº 24) del sur profundo de la CABA. *Revista Argentina de Psiquiatría*, Buenos Aires, v. 24, p. 47-54, 2013.

CHILD RIGHTS EDUCATION FOR PROFESSIONALS (CRED-PRO). *Interfase entre los derechos y la salud en la niñez*: Manual de formación de Formadores. Buenos Aires: CRED-PRO, 2006.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. *Promoción de la salud*: conceptos, reflexiones y tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.

FEO, O. Avanzando hacia la nueva APS: Cuidado integral de la salud con la participación de todas y todos. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Atención Primaria de Salud en Sudamérica*. Rio de Janeiro: Isags; Unasur, 2015. p. 15-22.

GEERTZ, C. *El antropólogo como autor*. Barcelona: Paidós, 1989.

GORODICH, R. Bordando condiciones de más dignidad. *Revista Argentina de Psiquiatría*, Buenos Aires, v. 14, p. 299-304, 2003.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. *Etnografía*. Barcelona: Paidós, 1994.

HUANACUNI, F. *Buen Vivir/Vivir Bien*: Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas. Lima: CAOI, 2010.

MENÉNDEZ, E. Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

MERHY, E. *Saúde*: a cartografía do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. *El Desafío del Conocimiento*: investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*: documento de posición de la organización. Washington: OPS, 2007.

STOLKINER, A. Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. In: LERNER, H. *Los sufrimientos*: 10 Psicoanalistas: 10 Enfoques. Buenos Aires: Psicolibro, 2013, p. 211-239.

STOLKINER, A.; GÓMEZ, S. A. Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social. *Revista Argentina de Psiquiatría*, Buenos Aires, v. 23, p. 52-56, 2012.

VALLES, M. *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis, 2000.

WEISS, R. *Learning from strangers*: the art and method of qualitative interview studies. New York: The Free Press, 1994.

Recibido para publicación en febrero de 2017
Versión final en junio de 2017
Conflicto de intereses: inexistente
Apoyo financiero: beca posdoctoral otorgada a la primera autora por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet), con sede en el proyecto UBACyT N° 20020130100543BA del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires

Vigilância em Saúde do Trabalhador: um estudo à luz da Portaria nº 3.120/98

Occupational Health Surveillance: a study in the light of Ministerial Directive nº 3.120/98

Lorena Cristina Ramos Vianna[1], Aldo Pacheco Ferreira[2], Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos[3], Renato José Bonfatti[4], Maria Helena Barros de Oliveira[5]

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *frascariramos@yahoo.com.br*

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *aldopachecoferreira@gmail.com*

[3] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *elfadel@globo.com*

[4] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *renato.bonfatti@gmail.com*

[5] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Direitos Humanos, Saúde e Diversidade Cultural (DIHS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *mhelen@ensp.fiocruz.br*

RESUMO A saúde do trabalhador é um campo de práticas e conhecimentos de enfoque teórico-metodológico da saúde pública, cujo objeto é o processo saúde-doença do homem em sua relação com o trabalho. Analisaram-se as principais ações na Vigilância em Saúde do Trabalhador e na prevenção de acidentes de trabalho. O referencial teórico baseou-se na corrente filosófica do materialismo histórico e dialético da saúde do trabalhador. Nas entrevistas, obtiveram-se reflexões e depoimentos de profissionais do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest/RJ) para análise de conteúdo. Os resultados revelam importantes lacunas que afetam as ações atuais nessa área, quanto à distância entre conhecimento teórico, sua apreensão e sua aplicação.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Vigilância em Saúde do Trabalhador. Política de saúde. Serviços de saúde do trabalhador.

ABSTRACT *The worker's health is a field of practices and knowledge of theoretical-methodological approach in public health, whose object is the health-disease process of man in his relation with work. The main actions on occupational health surveillance and prevention of accidents were analyzed. The theoretical reference was based on the philosophical current of dialectical and historical materialism of worker's health. From the interviews, reflections and testimonies of Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest/RJ) professionals were obtained for content analysis. The results reveal important gaps that affect the current actions in this area, regarding the distance between theoretical knowledge, its apprehension and its application.*

KEYWORDS *Occupational health. Surveillance of the Workers Health. Health policy. Occupational health services.*

 DOI: 10.1590/0103-1104201711409

Introdução

A necessidade de implementar ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) é uma questão que surge desde que essa ação pública foi consignada na Constituição Federal de 1988 e, particularmente, ao longo da trajetória de construção da área da saúde do trabalhador no Brasil (BRASIL, 1988). A Visat é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde que visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. Conforme Vasconcellos, Gomez e Machado (2014, p. 4618),

> [...] esta dimensão prevencionista de atenção à saúde cabe, principalmente, à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast, por meio dos Cerest, os seus núcleos executivos de ação efetiva.

Estes têm como objetivo:

> [...] fornecer subsídio técnico para o Sistema Único de Saúde (SUS), nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais. (BRASIL, 2009, p. 3).

Ao se considerar a atual conjuntura societária, marcada pela crise do capital e pela agudização dos seus efeitos sobre a vida social dos sujeitos, consegue-se perceber, de forma cada vez mais clara, a incompatibilidade estabelecida entre o modo de produção capitalista e a garantia de saúde no trabalho (VASCONCELLOS; GOMEZ; MACHADO, 2014), haja vista os diferentes agravos à saúde que vêm sofrendo os trabalhadores, tais como os acidentes de trabalho (OLIVEIRA; SANT'ANNA; FERREIRA, 2015).

Conforme o Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho da Previdência Social, em 2014, foram contabilizados 704.136 acidentes de trabalho, sendo a região Sudeste a que apresentou o maior número de casos, com 379.425 acidentes, tendo o estado do Rio de Janeiro/RJ ocupado a terceira posição no País, com 51.778; e seu município, 26.982 acidentes notificados (BRASIL, 2014). Tal realidade se torna ainda mais problemática ao considerar que esses dados apenas se restringem aos trabalhadores 'celetistas', excluindo-se dessa contagem funcionários públicos civis e militares, estatutários, autônomos, empregados domésticos e, principalmente, trabalhadores informais (IBGE, 2013).

O campo da saúde do trabalhador tem em si, como base efetiva, a epistemologia política, econômica e social marxista, desenvolvida a partir do materialismo histórico-dialético e do processo de trabalho (MARX, 1983). O modo de ser dessa concepção e das transformações ocorridas a partir de suas metodologias e pressupostos foram motivações de investigação no decurso deste artigo.

Cabe destacar a importância das ações da Visat como um caminho necessário e fundamental para a reversão dessa dura realidade (DALDON; LANCMAN, 2013; VASCONCELLOS; GOMEZ; MACHADO, 2014). Ao partir deste pressuposto e, reconhecendo a importância de discutir as particularidades da população trabalhadora do município do Rio de Janeiro, este estudo analisa os avanços e os atuais desafios nas ações de prevenção e vigilância em saúde do trabalhador no âmbito do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) municipal, que, como instituição pública de referência no trato da relação saúde-trabalho, assume um papel de destaque na concretização dessas ações.

Métodos

Em relação à fundamentação do estudo, utilizou-se como abordagem teórico-metodológica a corrente filosófica do materialismo histórico-dialético, pois entende-se que o método dialético contribui para uma visão de

totalidade das relações sociais de produção e reprodução, ao introduzir "[...] o princípio do conflito e da contradição como constitutivos da realidade e, portanto, essenciais para sua compreensão" (AZEVEDO, 2004, P. 132). Somada a essa corrente, esta pesquisa também está sintonizada ao referencial teórico do campo da saúde do trabalhador, que traz uma perspectiva inovadora de compreensão da relação saúde-trabalho ao romper política e ideologicamente com os campos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, conferindo um olhar mais amplo e crítico sobre a tríade acidente de trabalho, vigilância e prevenção. Além disso, privilegia os interesses da classe trabalhadora, destacando-a como protagonista do processo de luta pela garantia da saúde.

Assim, o processo de desenvolvimento do método científico iniciou-se pela fase de observação geral do tema. Em seguida, foram traçadas suposições sobre a intervenção e atenção em saúde do trabalhador, e de exploração teórico-dialética pela compreensão do processo histórico das mudanças, conflitos e transformações no campo e em sua prática.

O estudo foi desenvolvido por meio de um delineamento misto e contou com a triangulação dos dados como recurso metodológico (MINAYO, 2010). A pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz (Parecer nº 1.543.986) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Parecer nº 1.589.274), foi desenvolvida no Cerest/RJ, no período de maio a setembro de 2016. As categorias analíticas da pesquisa e seus respectivos eixos de investigação foram: trabalho e perfil dos trabalhadores, processo saúde-doença dos trabalhadores, saúde do trabalhador na atenção básica, atenção em saúde do trabalhador e proteção social.

As entrevistas foram realizadas com cinco profissionais que compõem o Cerest/RJ, exercendo funções relacionadas diretamente com as ações de Visat, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos da pesquisa, com dois anos ou mais de experiência mediante adesão ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos da pesquisa (GASKEL, 2002); e as informações coletadas foram submetidas à análise de conteúdo de recorte temático com base em Bardin (2011). A análise de conteúdo contou com as fases de pré-análise, de exploração do material e de tratamento dos dados. Ao fim, realizaram-se a inferência e a interpretação do material.

Sobre a elaboração do roteiro de entrevista, é importante explicitar que ele foi pensado e construído com base na Portaria nº 3.120/1998, que aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador para o Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações. Apesar de se tratar de uma Portaria não tão recente, se comparada a outras mais atuais que sinalizam a questão da vigilância, porém de forma não tão aprofundada, entende-se que ela traz em seu bojo elementos importantes para pensar o processo de vigilância, tais como: conceituação, princípios, objetivos, metodologia e informações básicas. A leitura e compreensão desses elementos contribuíram para a construção prévia de um quadro de categorias e subcategorias (*quadro 1*) sobre o tema da Visat que, por sua vez, subsidiou a formulação das questões do roteiro, bem como serviu para a análise de conteúdo dos dados das entrevistas. As seis categorias de análise do estudo foram: Vigilância em Saúde do Trabalhador; Metodologia da Visat; Princípios norteadores da Visat; Objetivos da Visat; Cerest do município do Rio de Janeiro; e Temas extras.

Quadro 1. Categorias e subcategorias construídas com base na Portaria nº 3.120/1998

Categorias	Subcategorias	Questões
Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat)	Significado da Visat	Questão 1
	Papel da Visat para o campo da ST	Questão 1
Metodologia da Visat	Dispositivos normativos	Questão 4
	Metodologia das ações de Visat	Questão 5
	Metodologia das ações de prevenção de acidentes de trabalho	Questão 6
Princípios norteadores da Visat	Integralidade	Questão 9
	Pluri-institucionalidade	Questão 10
	Interdisciplinaridade	Questão 12
	Controle social	Questão 11
Objetivos da Visat	Conhecimento da realidade de saúde da população trabalhadora	Questão 2
	A intervenção sobre os fatores determinantes de agravo à saúde do trabalhador	Questão 3
	Avaliação do impacto das medidas adotadas	Questão 7
	Criação de bases de dados a partir do processo de vigilância	Questão 8
Cerest do município do Rio de Janeiro	Capacitação e educação permanente dos técnicos da Instituição	Questão 13
	Avanços e desafios nas ações de Visat	Questão 14
	Avanços e desafios na Instituição	Questão 15
Temas extras		Questão 16

Cabe destacar que as questões presentes no *quadro 1* não seguem uma ordem numérica sequencial devido ao desejo de abordar as subcategorias de forma mais lógica durante as entrevistas. A última categoria, 'Temas extras', foi inserida no intuito de dar mais visibilidade a outros temas não contemplados na Portaria nº 3.120/1998.

Resultados

Para melhor compreensão dos resultados, optou-se por dividir em subtópicos as seis categorias e 16 subcategorias predefinidas no estudo, visando destacar os principais núcleos de sentido obtidos com as entrevistas e facilitar a discussão destes.

Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat)

Nessa subcategoria, a maioria dos entrevistados refere-se à Visat enquanto um conceito amplo, englobando acolhimento, atendimento, inspeção, qualificação, investigação, epidemiologia, ramo produtivo, investigação de ramo produtivo, pesquisa, qualificação de alunos e apresentação de palestras, que pertence ao âmbito da vigilância em saúde e que representa um instrumento de melhoria das condições de trabalho. Caracteriza-se principalmente pela identificação, prevenção e intervenção sobre os determinantes do adoecimento e os agravos à saúde do trabalhador, sendo necessária a realização de um processo de acompanhamento contínuo

do impacto do processo produtivo em um determinado território, considerando um grupo específico de população. Fica clara, ainda, a forte associação entre a ação de Visat com a noção de prevenção, o que confirma os pressupostos iniciais da pesquisa, que introduzem a ideia da Visat como importante instrumento de prevenção.

Em relação à análise temática da subcategoria 'Papel da Visat para o campo da Saúde do Trabalhador', é possível inferir que ela assume um papel proativo, servindo de base para que o campo da saúde do trabalhador possa lançar mão de estratégias necessárias ao alcance de seus objetivos. Assume, também, um papel preventivo e educativo no âmbito do SUS, incluindo-se aí o trabalho de capacitação com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da atenção básica, que exercem um trabalho importante para o mapeamento da área produtiva da região. Ressalta-se ainda que, apesar de contribuir como estratégia de acompanhamento do impacto do processo produtivo na saúde da população em várias instâncias, a Visat ainda carece de um planejamento institucional maior, principalmente pelo fato de os profissionais da saúde exercerem uma sobrecarga de funções, dificultando a realização do encadeamento das ações em saúde do trabalhador.

Metodologia da Visat

O Cerest se utiliza de quatro principais instrumentos legais, sendo eles: Termo de Visita, Termo de Intimação, Auto de Infração e Termo de Interdição. É importante esclarecer que o primeiro instrumento se refere ao momento da visita do Cerest na empresa a ser fiscalizada, em que são expostos os motivos e argumentos legais para a realização da ação. Verificada alguma discordância em relação às normas, incluindo-se aí as condições para a garantia da saúde e da segurança dos seus trabalhadores, aplica-se o Termo de Intimação para que o responsável legal, a partir das orientações dadas pelo Cerest, realize as devidas mudanças dentro do prazo estipulado. Caso ocorra o descumprimento dessas medidas, emprega-se o Auto de Infração, que, quando necessário, resulta na aplicação de multa. No entanto, verificada a existência de um determinado setor ou máquina que possa representar um risco máximo para a vida dos trabalhadores, aplica-se de imediato o Termo de Interdição, na tentativa de interromper seu funcionamento. Como fica claro nas entrevistas, não há uma lei específica da saúde do trabalhador que possa subsidiar as ações de Visat, por isso, todos esses instrumentos foram construídos com base em outras legislações que de alguma forma se referem à saúde do trabalhador, como as Normas regulamentadoras vinculadas à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Quando perguntados sobre a capacidade de intervenção desses dispositivos normativos, os entrevistados revelam que devido à incorporação do Cerest na Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses (Subvisa) em 2010, fortaleceu-se o poder de atuação desses dispositivos. No entanto, de maneira geral, concordam que eles dão subsídio para questões pontuais, porém são limitados para a ação de vigilância, não conseguindo solucionar questões de maior abrangência, o que denota a necessidade de seu aprimoramento. Ressalta-se, também, a falta de tecnologia na formatação da documentação. Diante dos limites apontados, os temas referentes a essa subcategoria convergem para a ideia de que a lei nem sempre consegue dar conta de seus objetivos, pois sempre vai demandar novas respostas legais ao problema advindo de novas tecnologias. Por outro lado, acredita-se que a questão principal não está na ausência de lei, mas, sim, no conhecimento que os empregadores têm sobre ela, colocando-se como medida necessária a realização de um trabalho prévio, que envolva promoção e orientação aos empregadores.

Em relação à subcategoria 'Metodologia

das ações de Visat', é possível inferir que essas ações ocorrem a partir de uma demanda, emitida por algum órgão público ou por denúncia anônima, por meio da Central de Atendimento ao Cidadão '1746'. Até chegar ao Cerest, essa demanda passa primeiro pelo Centro de Saúde do Trabalhador (Cesat), **e** que, mediante a emissão de uma 'Ordem de Serviço', repassa para o Cerest executá-la por meio da ação de vigilância. Relata-se que apesar da sua metodologia ser independente e variar conforme os projetos executados, existe um *modus operandi*, que seria: recebimento da Ordem de Serviço do Cesat, elaboração de relatório sobre a ação e criação de um processo sobre ela. Nele, inclui-se a aplicação dos dispositivos normativos, mencionados anteriormente. Entre os projetos específicos realizados atualmente, estão: os eventos de massa, a questão do amianto, o pé-direito dos imóveis nas áreas de comércio, a questão do material perfurocortante. É válido destacar que, no caso dos eventos de massa, existe um roteiro próprio.

No que diz respeito à análise temática da subcategoria 'Metodologia das ações de prevenção de acidentes de trabalho', é possível inferir que essa metodologia inclui a capacitação dos sindicatos e do conselho distrital de saúde, por meio de palestras, e dos ACS por intermédio dos cursos regulares que são oferecidos. Apesar das ações preventivas ocorrerem, em grande parte, em eventos de massa, tais como Rock in Rio, carnaval, entre outros, existem outras ações específicas como a questão do agrotóxico e a do benzeno. Percebe-se também que essas ações ocorrem no momento da ação de vigilância, sem haver um trabalho anterior com o empresário em relação à discussão dos riscos aos quais os trabalhadores podem estar submetidos, exceto na atuação em eventos de massa. Tal situação faz com que a compreensão que se tenha em relação ao trabalho preventivo no Cerest seja na verdade entendido enquanto um trabalho corretivo, já que a atuação ocorre após a existência de uma denúncia. Apesar de não haver um documento que defina as ações preventivas, pode acontecer de os profissionais realizarem algumas orientações preventivas.

Princípios norteadores da Visat

Ao fazer uma análise da subcategoria 'Integralidade', é possível inferir que não houve consenso quanto à presença da integralidade nas ações de Visat. Relata-se que quando o trabalhador chega ao Cerest, ele consegue ser acolhido pela equipe, havendo o encaminhamento dele para o SUS por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou via Sistema Nacional de Regulação (Sisreg), caso ele precise de um médico especialista. Para aqueles que não acreditam na integralidade, defende-se que há certa dificuldade em reconhecê-la, pois quando o trabalhador é encaminhado para a rede de saúde via Sisreg, não há garantia de que ele vá ser atendido nos outros níveis de atenção à saúde. Nesse sentido, fica nítido entre os entrevistados que, na prática, não há realmente a integralidade, mas, sim, um esforço para sua concretização, tendo em vista que ela é prejudicada principalmente pela fragilidade das articulações entre os diferentes setores da atenção à saúde do trabalhador. A falta de recursos humanos também prejudica a garantia da integralidade, assim como gera a perda do vínculo com o trabalhador. É válido frisar que tais desafios também são encontrados nas ações de prevenção, conforme análise de um dos entrevistados. No entanto, relata-se que o Cerest, de certa forma, realiza um bom acolhimento quando comparado a outros setores, visto que não possui, por exemplo, a necessidade de produção de volume de consulta. Além disso, existe uma forte articulação com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no referenciamento de trabalhadores.

Ao abordar a subcategoria 'Pluri-institucionalidade', é possível inferir

que grande parte das relações intersetoriais ocorrem com: Ministério Público do Trabalho, articulação mais forte atualmente; Delegacia Regional do Trabalho; Ministério do Trabalho e da Previdência Social; sindicatos; Instituto Estadual do Ambiente; outros Cerests; outras Secretarias; Defesa Civil; setor de Engenharia e Arquitetura; setor de Alimentos e Delegacia de Crimes contra o Consumidor. Apesar disso, ressalta-se o interesse em fortalecer relações também com: Juizado da Infância e Juventude; Secretaria de ambiente; Secretaria de Trabalho e Emprego; área de financiamento; universidades e a Fiocruz. Para um dos entrevistados, não se verifica intrassetorialidade na instituição, considerando que dentro da própria subsecretaria existem várias superintendências que não se comunicam.

Em relação à análise temática da subcategoria 'Interdisciplinaridade', percebe-se que há um consenso com relação a sua existência, e que pode ser percebido, por exemplo, no fato de que os técnicos da instituição não são divididos por categoria, e, por isso, são capacitados para exercerem as mesmas funções. Apesar disso, ressalta-se o interesse pela incorporação de mais profissionais de outras áreas, como é o caso dos engenheiros, pois agregaria positivamente no processo de intervenção. Manifesta-se, ainda, a necessidade do desenvolvimento de um trabalho mais interdisciplinar nas outras superintendências.

Ao tratar do último princípio norteador da Visat, expresso pela subcategoria 'Controle social', é possível inferir que há uma fraca articulação do Cerest com o controle social. Nota-se que há a participação do trabalhador e do sindicato em ações educativas promovidas pela instituição e em eventos comemorativos. Com relação aos sindicatos, ressalta-se a articulação mais próxima com o Sindicato dos Trabalhadores em Telecomunicações (Sinttel), o sindicato do comércio, e o Sindicato dos Trabalhadores em Indústrias de Frios (Sintrafrio); entretanto, revelam-se algumas ressalvas para essa efetiva participação. Atribui-se essa dificuldade aos embates que existem entre o Cerest e os sindicatos e também pela compreensão que se tem deles enquanto instância tendenciosa. Outro motivo se deve ao uso de legislação específica por parte do Cerest, fato este que, segundo eles, os trabalhadores têm pouco ou nenhum domínio. É importante destacar ainda a compreensão que se tem em relação à Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist). Segundo um dos entrevistados, o Cerest já participou de muitos trabalhos com a Cist, mas atualmente não, devido às divergências quanto a sua prática e funcionamento. Evidencia-se uma forte comparação e certo ceticismo quanto ao controle social de hoje e ao da década de 1980, sob o argumento de que a sociedade está mais individualizada e pouco mobilizada para defesa dos interesses coletivos. Tal percepção reforça a grande descrença pelo controle social nos dias de hoje, ao mesmo tempo que evoca a séria necessidade do seu resgate.

Objetivos da Visat

Ao analisar os temas extraídos da subcategoria 'Conhecimento da realidade de saúde da população trabalhadora', é possível inferir que esse conhecimento é obtido principalmente pela coleta, detecção e encaminhamento de informações advindas da prática de Visat e pelo contato direto com o trabalhador no seu local de trabalho. Para além do setor de acolhimento, existem várias frentes de trabalho, bem como os subgrupos de trabalho que auxiliam no acúmulo dessas informações, que estão divididos em: capacitação, vigilância, atenção integral, preceptoria e informação. Apesar de não haver um sistema de informação estruturado, o Cerest busca obter esse conhecimento de várias formas, inclusive por meio de veículos já existentes, como Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Programas de Saúde

do Trabalhador (PST) e dados da Fiocruz. Evidencia-se, ainda, a tentativa de traçar um mapeamento do território e dos processos produtivos. No entanto, ressalta-se a dificuldade de realizar tal mapeamento, que implica um trabalho de inteligência e de medição de indicadores, devido ao acúmulo de tarefas, à carga horária de trabalho e à dificuldade em obter o pleno acesso as informações. Com relação à população trabalhadora informal, relata-se que a forma de abordagem é diferente, já que essa relação necessita de um trabalho de educação maior e que depende dela para mudar. Esse conhecimento sobre os trabalhadores informais advém das demandas dos PST locais, das clínicas da família ou dos acidentes envolvendo essas pessoas. Entretanto, não há atualmente nenhum projeto para acompanhar esse grupo particular, exceto o trabalho sobre agrotóxico na Serrinha do Mendanha com a Fiocruz.

No que diz respeito à subcategoria 'Intervenção sobre os fatores determinantes de agravo à saúde do trabalhador', é possível inferir que a intervenção ocorre principalmente mediante o uso dos seus dispositivos normativos. Há também o chamado Procedimento Operacional Padrão (POP), que é um instrumento criado pela instituição, porém ainda não publicado, para subsidiar a ação de inspeção. Ressalta-se ainda o apoio das diversas articulações intersetoriais e intrainstitucionais. Fica claro que, a depender do grau de risco presente em uma empresa, a intervenção ocorre com a sua interdição total ou só de alguns dos seus setores ou atividades. Em contrapartida, quando não há um risco mais explícito, mas que imponha a necessidade de alguma mudança, exige-se que ela seja feita em 30 dias. Com relação à negociação coletiva em saúde do trabalhador, é possível notar que, diante dos desafios na relação com os empregadores, os profissionais do Cerest buscam sempre a negociação. Entretanto, não se identifica nessa negociação a participação conjunta dos trabalhadores das empresas, elemento este já reforçado nas subcategorias anteriores.

No que diz respeito à análise dos temas extraídos da subcategoria 'Avaliação do impacto das medidas adotadas', pode-se dizer que o Cerest avalia os impactos de suas ações ainda de forma embrionária. Nesse sentido, a avaliação ocorre sobretudo por meio do acompanhamento contínuo das mudanças promovidas nas empresas, que resulta na resolução do caso com a melhoria das condições de trabalho. Um dos entrevistados relata que é possível realizar essa mensuração, porém falta tempo para executá-la. Ressalta-se, como um dos instrumentos de avaliação, a emissão de relatórios sobre as ações de fiscalização e o seu envio quantitativo para o Ministério da Saúde, ambos de caráter obrigatório para a instituição. Em contrapartida, são sinalizados alguns problemas que impedem a realização efetiva dessa avaliação, como a ausência de uma planilha qualitativa sobre as ações. Outro ponto apresentado é que dentro do Cerest há a divisão entre dois núcleos de atuação, sendo o segundo o responsável direto pelas ações de Visat. Segundo um dos entrevistados, apesar de existir uma agenda de encontros periódicos entre ambos para avaliação geral das ações, verifica-se que essa relação ainda é meio 'truncada', não havendo um espaço destinado para discussões de caso entre as equipes. Além disso, destaca-se a fragilidade em avaliar alguns aspectos particulares, como é o caso de detectar o processo saúde-doença de um adoecimento específico em um determinado território. Apesar dos impasses, relata-se, como ponto positivo, a avaliação do impacto nos eventos de massa, em que se percebem avanços na redução dos agravos.

Com relação à última subcategoria, que trata da 'Criação de bases de dados a partir do processo de vigilância', é possível inferir que os dados oriundos da Visat não são publicizados efetivamente, ocorrendo de forma rara por intermédio das ações coletivas promovidas pela Subvisa e por meio da publicação em Diário Oficial quando ocorre uma interdição. No entanto, ressalta-se a

disponibilidade para o acesso dos sindicatos aos dados oriundos das ações de Visat mediante pedido oficial, já que as informações sobre cada empresa são sigilosas. Ao admitir a importância da publicização dessas informações, fica nítida, em uma das falas, a necessidade de divulgarem seus dados de forma institucionalizada, colocando-se como sugestão a elaboração de um boletim próprio do Cerest em sua página virtual, para que assim seja possível o acompanhamento transparente das ações de Visat pela sociedade.

Cerest do município do Rio de Janeiro

Ao analisar os temas extraídos da subcategoria 'Capacitação e educação permanente dos técnicos da instituição', é possível inferir que existe a capacitação *in loco*, ou seja, durante as ações de Visat, e existe também a capacitação obtida por meio dos cursos dos quais os profissionais participam. Sobre os cursos de capacitação, relata-se que existe um projeto em andamento no Cerest, com proposta de ser executado em um ano. A proposta era que ele fosse implementado no ano de 2016, porém acabou sendo impedido devido ao amplo trabalho destinado para o evento das Olimpíadas no município do Rio de Janeiro. Ressalta-se que a Subvisa tem hoje a característica muito forte de atuação na área da educação, entretanto percebe-se que isso chega com pouca frequência no campo da saúde do trabalhador, o que explica em grande parte a pouca oferta de cursos de Visat. Somam-se a isso a falta de tempo e a grande demanda de vigilância na instituição, o que dificulta a concretização de um trabalho de capacitação. Apesar da recente participação em um curso de capacitação, fica nítida a necessidade de maior regularidade na oferta desses cursos, principalmente naqueles voltados para atualização sanitária, revisão legal, noções de administração e direito administrativo. Defende-se, em uma das falas dos entrevistados, que a capacitação está muito relacionada com a discussão de casos reais de trabalho pela equipe interna. Ao mesmo tempo, evidencia-se um certo desconforto e desinteresse quanto à participação em cursos oferecidos pelo meio acadêmico, sob o argumento de que esse é um espaço que muitas vezes possui um conhecimento pouco atrelado à realidade e que apresenta um discurso velado.

Com relação à análise dos temas da subcategoria 'Avanços e desafios nas ações de Visat', é possível inferir como avanços o trabalho que vem sendo feito nos eventos de massa, e que, segundo um dos entrevistados, no Brasil apenas o Cerest/RJ é quem participa de todos eles, com destaque para o evento do Rock in Rio. Associa-se a isso o avanço obtido com a elaboração de um roteiro próprio para a operacionalização dessas ações. É dado destaque também para inserção do Cerest na Subvisa, mudança esta que, embora suscite ainda muitas discussões, prevalece de forma consensual entre os profissionais o reconhecimento positivo sobre o poder de atuação do Cerest, bem como para as ações de Visat. Ressalta-se ainda a capacidade de essas ações promoverem a visibilidade para problemas de saúde em diferentes segmentos.

Quanto aos muitos desafios, há destaque para a necessidade de: adequação da legislação existente; melhoria da intervenção pública nas ações de Visat; mais tempo para o cumprimento das etapas da vigilância; remuneração adequada; plano de cargos e salários; ampliação do número de técnicos; incorporação de engenheiro de segurança do trabalho; mais recursos materiais; desenvolvimento de um sistema de informação de saúde próprio; transparência às ações do Cerest; fiscalização de fornecedores de equipamento de proteção individual e desenvolvimento de indicadores de impacto. Apresenta-se ainda a dificuldade de manter a cara da Visat dentro da vigilância sanitária devido às diferentes atuações; e a existência de uma relação conflituosa entre o Cerest e a Subvisa devido ao cumprimento

de metas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Cientes dos desafios, os profissionais sinalizam algumas sugestões. Uma delas seria com relação à compreensão da relação saúde-trabalho na sociedade. Segundo o entrevistado, as pessoas precisam ter respeito umas com as outras, compreendendo que cada uma delas tem direitos e deveres, e que, portanto, a saúde não deve ser tratada enquanto mercadoria, tampouco fazer parte de uma cultura em se que acredite nisso. Outra sugestão é feita com relação a atual carga horária de trabalho no Cerest, que deveria ser exercida em 40 horas semanais para a garantia da dedicação exclusiva. Sugere-se, ainda, a fixação de um tempo destinado para reavaliação das ações de Visat na equipe, visando a sua maior efetividade. Evidencia-se, também, a possibilidade de realizar cursos específicos para trabalhadores de cada segmento produtivo, visando à discussão de temas variados. Por último, sugere-se a criação de um selo de garantia da 'empresa legal', já discutida entre a equipe, porém sem resolução, como forma de estímulo ao empresário para a realização das mudanças necessárias à garantia da saúde no trabalho e de manutenção do funcionário na empresa.

Ao analisar os temas extraídos da última subcategoria, denominada 'Avanços e desafios na instituição', é possível notar como avanços o reconhecimento dos Cerests na estrutura da Subvisa e a sua incorporação no novo sistema de informação da vigilância sanitária, chamado Sistema de Informação da Vigilância Sanitária (Sisvisa), que possibilitou a introdução de questões específicas da saúde do trabalhador. Além disso, atribui-se como avanço o desenvolvimento da estrutura institucional do Cerest, que obteve um pouco mais de força e de *status*, principalmente com as ações no Ministério Público; e a grande mudança da atual gestão em relação à anterior, que promoveu maior capacidade de intervenção do Cerest. Outro avanço se refere ao marco regulatório construído na instituição, que forneceu subsídios fundamentais para a sua atuação. Quanto aos desafios, pode-se dizer que ainda é preciso haver um maior reconhecimento do trabalho realizado pelo Cerest/RJ, assim como a incorporação dos PSTs na estrutura da secretaria. Além disso, expõe-se a necessidade da ampliação não só da equipe, mas também do número de Cerests no município, o que requer o desafio simultâneo da realização de mais concursos públicos. Outro ponto apresentado se deve à necessidade de maior articulação com a atenção básica e com as demais equipes da Subvisa. Soma-se a isso o desafio da consolidação do setor de epidemiologia, de notificação e das unidades-sentinela, bem como a necessária revisão da legislação utilizada, que, segundo um dos entrevistados, é atrasada e muito burocrática.

Temas extras

Com a realização das entrevistas, foi possível identificar o surgimento de quatro novas subcategorias. Com relação à subcategoria 'Perfil profissional no Cerest', relata-se a importância do profissional do Cerest ter uma postura própria de atuação, evitando-se possíveis impasses durante as ações de Visat, como, por exemplo, as tentativas de intimidação. Da mesma forma, ressalta-se a necessidade de mais profissionais não só com perfil técnico, mas também que sejam comprometidos com a política de saúde pública.

Na subcategoria 'Percepção acerca do seu trabalho', nota-se que, para um dos entrevistados, há um sentimento de angústia e de desrespeito para com empresários e trabalhadores por não conseguir acompanhar de forma frequente as empresas após as ações de Visat, cujo retorno deveria ser feito em 30 dias ou no máximo até 90. Atribui-se essa dificuldade a questões logísticas, principalmente pela equipe ser pequena. Em contrapartida, para outros entrevistados, essa percepção é positiva, na medida em que contribui para salvaguardar a integridade dos trabalhadores e possui forte cunho educativo.

Quanto à terceira subcategoria, nomeada

'Denúncias feitas ao Cerest', pode-se dizer que, para um dos entrevistados, as denúncias apresentam aspectos relacionados com as condições de trabalho, porém quase sempre estão atreladas à dimensão financeira, fato este que foge da alçada do Cerest. Para o entrevistado, a chegada de denúncias dessa natureza pode ser atribuída ao fato de que muitos trabalhadores não confiam nos sindicatos para a resolução de suas questões financeiras e, por isso, acabam recorrendo ao Cerest.

Por fim, na última subcategoria, denominada 'Atual configuração do campo da saúde', relata-se o desconforto em relação à forma como a saúde do trabalhador e a saúde de forma geral vem sendo gerida atualmente. Emergiu dos entrevistados a percepção de que não é que falte recurso para a saúde, mas falta um melhor gerenciamento dessas ações. Para isso, defende-se a melhoria na gestão da saúde em âmbito local e federal principalmente, a partir da execução de ações pautadas em um novo olhar para a saúde do trabalhador.

Discussão

Verifica-se que os profissionais da instituição compartilham dos mesmos valores e pressupostos inerentes ao campo da Saúde do Trabalhador, assim como seus posicionamentos se assemelham quanto ao conceito e ao papel da Visat. Quanto ao trabalho de prevenção, pode-se afirmar que, apesar de ocorrer de forma pontual na esfera individual, ele é mais perceptível em eventos de massa (DIAS; HOEFEL, 2005). Sobre esse assunto, Minayo-Gomez; Lacaz (2005); Lacaz (2007); Castro *et al*. (2014) afirmam que o País tem desenvolvido diversas iniciativas, como a estruturação de grupos de trabalho, regulamentações nacionais e locais, e articulações inter e intrassetoriais, visando à avaliação dos riscos, preparação e eventual resposta aos acidentes que possam ocorrer durante os eventos de grande porte. No entanto, entende-se que, ao penalizar o empresário no momento da fiscalização, esta articulação com o Cerest já nasce sob o cunho punitivo e não preventivo. Acredita-se que a punição é necessária e faz parte do processo, entretanto ela deve fazer parte também de um trabalho conjunto com as ações de prevenção, e não como prática única e isolada. Em relação aos avanços e desafios nas ações de Visat e na instituição, é possível fazer um balanço sobre esses resultados, traçando um panorama próprio acerca deles.

Quanto à metodologia das ações de Visat, percebe-se que o Cerest cumpre o papel de fiscalizar as empresas, porém esse trabalho é realizado basicamente mediante denúncias, o que demonstra a sua fragilidade em mapear de forma sistemática e contínua o processo produtivo no território do município do Rio de Janeiro. Além disso, não consegue realizar a fase preparatória da ação, prevista pela Portaria nº 3.120/98, o que impossibilita um aprofundamento prévio quanto ao processo de trabalho investigado. Outro ponto grave e que se mostra presente também nas demais categorias é a não participação dos trabalhadores antes, durante e após as ações de vigilância, elemento reforçado na Portaria, e que, segundo Machado; Porto (2003), garante a qualidade técnica e política das ações em saúde do trabalhador. Da mesma forma, ocorre na metodologia das ações de prevenção de acidentes, apesar do interessante trabalho que vem sendo feito na área dos eventos de massa (SANTANA; SILVA, 2009). Ressalta-se ainda a dificuldade de garantir o acompanhamento das empresas após a fiscalização, o que é preocupante, considerando que a ausência do retorno impede a processualidade necessária das ações de Visat (MACHADO, 2011) e abre margem para a manutenção de condições de trabalho inaceitáveis, na certeza de que não haverá de fato uma punição (CORREA; ASSUNÇÃO, 2003; LOBO; ANDRADE, 2007). Nesse sentido, percebe-se que a metodologia das ações de Visat não é apreendida da forma como deveria pelo Cerest,

principalmente por não incorporar efetivamente o trabalhador.

Em relação aos princípios que norteiam as ações de Visat, pode-se dizer que há um esforço para a garantia da integralidade, pluri-institucionalidade e interdisciplinaridade, e que se expressa pela forte articulação com alguns setores e órgãos públicos, como o Ministério Público do Trabalho. Daldon e Lancman (2013) também apontam experiências exitosas entre Cerests e Ministério Público do Trabalho. Entretanto, ressalta-se como desafio, que também é reflexo da realidade de hoje no SUS, a dificuldade em garantir a integralidade desse cuidado. Isso porque, após serem atendidas demandas pontuais durante as ações de Visat, não há um acompanhamento posterior desse trabalhador por parte do Cerest, o que faz com que esse primeiro contato não resulte na construção de um vínculo com o trabalhador, sobretudo os informais. Quanto ao princípio do controle social, que, segundo Vasconcellos (2011), é fundamental para a eficácia das ações de intervenção, nota-se que representa ainda um grande desafio, visto que a relação entre a instituição e os sindicatos é bastante conflituosa, não havendo espaço para discussões conjuntas. Além disso, não há articulação com a Cist.

Quanto aos objetivos da Visat, pode-se afirmar que o conhecimento da realidade de saúde da população trabalhadora é pouco desenvolvido, na medida em que grande parte das informações que subsidiam o trabalho advém de sistemas de informação já existentes, e não de dados produzidos pelo mapeamento dos processos produtivos no território. Apesar disso, a instituição possui um conhecimento empírico interessante, que permite identificar determinados ramos produtivos nas principais regiões do município do Rio de Janeiro, o que facilita seu processo interventivo. Apesar da intervenção ser uma das etapas mais valorizadas durante todo o processo de vigilância, percebe-se que não há a mesma preocupação quanto à avalição do seu impacto, fato este também sinalizado por Lacaz, Machado, Porto (2003). Em relação à conformação do Cerest, o fato de estar inserido atualmente na Subvisa confere maior visibilidade enquanto instituição, o que reflete também na execução de suas ações. No entanto, percebe-se que sua inserção não foi acompanhada de uma boa articulação com os demais setores e vigilâncias em saúde, fato este preocupante na medida em que a saúde do trabalhador impõe a necessidade de um olhar integral. Sobre o processo de capacitação, nota-se a carência na oferta de cursos em Visat.

Conclusões

A partir das entrevistas com os técnicos do Cerest, é possível dizer que a instituição exerce um papel fundamental para a garantia da saúde do trabalhador no município do Rio de Janeiro, sendo marcada por avanços importantes, porém ainda permeada por muitos desafios. O interesse em aprofundá-los sob a ótica da Portaria nº 3.120/1998 não teve o propósito de tornar a análise reduzida a essa normativa, tampouco enquadrá-la à realidade do Cerest, no entanto se reconhece a importância que ela assume na discussão da Visat ao fornecer aspectos interessantes para pensar a sua prática nos dias de hoje. Faz-se necessário compreender que a realidade não se encerra a partir do que foi exposto pelos entrevistados, mas apenas indica um pequeno retrato do que a instituição representa e onde ela se encontra no momento; e, por isso, deve abrir margem não para uma visão fatalista diante de suas possibilidades, mas para a valorização de novas perspectivas.

Foram muitos os avanços, mas ainda há desafios a serem vencidos, como, por exemplo, favorecer a real participação do trabalhador no seu processo de saúde e trabalho e destacar o compromisso da classe empresarial ao assumir essa responsabilidade. Ao se

pensar a construção/reconstrução de ações e, consequentemente, de alterações políticas e sociais para a área da saúde do trabalhador, a participação dos trabalhadores deve ser o princípio norteador, pois sem ela dar-se-á continuidade a escrever a história das doenças e a se desviar da história da saúde como parte de um processo real de conquista da democracia no Brasil.

O que está definido nos âmbitos do SUS, do PST, para as ações dos Cerests auxiliará, significativamente, a saúde do trabalhador quando efetivamente colocado em prática. Certamente, haverá trabalhadores mais saudáveis e, consequentemente, mais empregos para os profissionais da saúde. Ademais, outro aspecto a ser considerado é a humanização da assistência, que preconiza o resgate da subjetividade do trabalhador da saúde para que ele encontre satisfação pessoal no trabalho e, dessa maneira, possa cuidar dos trabalhadores de forma completa.

É preciso reconhecer que os avanços e desafios obtidos nas ações de prevenção e vigilância em saúde do trabalhador são frutos de um processo, e que tentar ultrapassá-los requer não só sugestões para o futuro; mas, antes de tudo, a defesa por um novo projeto de sociedade, no qual os interesses da classe trabalhadora sejam fortalecidos e a relação saúde-trabalho valorizada. ■

Referências

AZEVEDO, M. A. Informação e interpretação: uma leitura teórico-metodológica. *Perspectivas em Ciência da Informação,* Belo Horizonte, v. 9, n. 2, p. 122-133, 2004. Disponível em: <http://www.brapci.ufpr.br/brapci/index.php/article/view/0000006657/bf92f05d7f57f-76699d4e441abd3bbd3>. Acesso em: 22 nov. 2016.

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

BRASIL. Constituição (1988). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102408&tipoDocumento=CON&tipoTexto=PUB>. Acesso em: 22 fev. 2017.

_____. Ministério da Previdência Social. *Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho 2014*. Disponível em: <ftp://ftp.mtps.gov.br/portal/acesso-a-informacao/AEAT201418.05.pdf>. Acesso em: 22 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 3.120* de 1º de julho de 1998. Aprova a instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. 1998. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espelho_consulta.cfm?id=3528565&highlight=&tipoBusca=post&slcOrigem=0&slcFonte=0&sqlcTipoNorma=27&hdTipoNorma=27&buscaForm=post&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=27&numero=%203120&data=%20%20&dataFim=&ano=&pag=1>. Acesso em: 13 mar. 2016.

CASTRO, C. F. *et al*. Eventos de massa, desastres e saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3717-3730, 2014.

CORREA, P. R. L.; ASSUNÇÃO, A. A. A subnotificação

de mortes por acidentes de trabalho: estudo em três bancos de dados. *Epidemiologia e Serviços da Saúd*e, Brasília, DF, v. 12, n. 4, p. 203-12, 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400004>. Acesso em: 20 dez. 2016.

DALDON, M. T. B.; LANCMAN, S. Vigilância em Saúde do Trabalhador: rumos e incertezas. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacion*al, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 92-106, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a12.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. C. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia RENAST. *Ciência & Saúde Coletiv*a, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817-27, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413--81232005000400007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 dez. 2016.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som:* um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Sínteses de Indicadores Sociais:* uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

LACAZ, F. A. C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Públic*a, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-66, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. H. M.; PORTO, M. F. S. *Estudo da situação e tendências da vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasi*l. Relatório final do projeto. 2002. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Estudo%20da%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Tend%C3%AAncias%20da%20Vigil%C3%A2ncia%20em%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

LOBO, I.; ANDRADE, J. *Brasil não notifica adequadamente acidentes de trabalh*o. 2007. Disponível em: <http://www.agenciabrasil.gov.br/notícias/>. Acesso em: 22 nov. 2016.

MACHADO, J. M. H. Perspectivas e pressupostos da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporâne*a. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MACHADO, J. M. H.; PORTO, M. F. S. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. *Epidemiologia e Serviços da Saúd*e, Brasília, DF, v. 12, n. 3, p. 121-130, 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n3/v12n3a02.pdf>. Aceso em: 22 nov. 2016.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de valorização. In: MARX, K. *O capita*l: crítica da economia política. São Paulo: Victor Civilo, 1983.

MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de método*s: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: Novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiv*a, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400002 >. Acesso em: 20 nov. 2016.

OLIVEIRA, C. S.; SANT'ANNA, L. S.; FERREIRA, A. P. Licença compulsória e a parceria de desenvolvimento produtivo: assegurando o direito à saúde no Brasil. *Revista Jurídica da Presidência*, Brasília, DF, v. 112, p. 315-340, 2015. Disponível em: <https://revistajuridica.presidencia.gov.br/index.php/saj/article/view/1116>. Acesso em: 20 nov. 2016.

SANTANA, V. S.; SILVA, J. M. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde no Brasil: limites, avanços e desafios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2008*: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <file:///C:/Users/Ceb/Downloads/Sa%C3%BAde_Brasil_2008.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

VASCONCELLOS, L. C. F. Interdisciplinaridade, intersetorialidade e controle social em Saúde do Trabalhador: o desafio de passar da teoria à prática. In: CADERNOS DO CURSO DE CAPACITAÇÃO EM PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR PARA A OPERACIONALIZAÇÃO DA PASS/SIASS, 2011, Rio de Janeiro. *Anais*... Rio de Janeiro: UFRJ/UNIRIO, 2011. 1 CD-ROM.

VASCONCELLOS, L. C. F.; GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4617-4626, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04617.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2016.

Recebido para publicação em dezembro de 2016
Versão final em junho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Uso do método Respondent Driven Sampling para avaliação do alcoolismo em mulheres

Using Respondent Driven Sampling for assessing alcoholism in women

Isis Milane Batista de Lima[1], Hemílio Fernandes Campos Coêlho[2], Josemberg Moura de Andrade[3]

RESUMO Trata-se de um estudo observacional transversal, objetivando a apresentação de indicadores relacionados às mulheres que fazem uso excessivo de álcool. Devido à dificuldade de obtenção de um cadastro que permitisse a seleção aleatória de mulheres alcoolistas, decidiu-se como alternativa a aplicação do método Respondent Driven Sampling (RDS). O método permitiu a apresentação de indicadores relacionados ao alcoolismo com base em uma amostra de 36 mulheres selecionadas de centros de tratamento. Os resultados da pesquisa evidenciaram que dos 91,7% das mulheres que fazem uso excessivo de álcool em conjunto com outras drogas, 69,44% usam maconha e cigarro. E, das 30.087 mulheres que consomem álcool, 24.371 necessitam de avaliação e tratamento.

PALAVRAS-CHAVE Alcoolismo. Mulheres. Amostragem.

ABSTRACT *In this cross-sectional observational study, our focus is to show statistics related to women who use excessive alcohol. Howewer, the difficulty to obtain a frame to consider a sampling design of alcoholic women, it was decided as an alternative the use of the Respondent Driven Sampling (RDS) method. The method allowed the presentation of indicators related to alcoholism based on a sample of 36 women selected from treatment centers. The results of the survey showed that of 91.7% of women who make excessive use of alcohol in combination with other drugs, 69.44% use marijuana and cigarettes. And, of the 30,087 women who consume alcohol, 24,371 need evaluation and treatment.*

KEYWORDS *Alcoholism. Women. Sampling studies.*

[1] Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Departamento de Estatística – João Pessoa (PB), Brasil.
isismilane@hotmail.com

[2] Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Departamento de Estatística – João Pessoa (PB), Brasil.
hemilio@gmail.com

[3] Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Psicologia Social e do Trabalho – Brasília (DF), Brasil.
josemberg.andrade@gmail.com

DOI: 10.1590/0103-1104201711410

Introdução

O alcoolismo, também conhecido como 'síndrome da dependência do álcool', é uma doença caracterizada pela compulsão (uma necessidade forte ou desejo incontrolável de beber), perda de controle (a inabilidade frequente de parar de beber uma vez que a pessoa já começou), dependência física (a ocorrência de sintomas de abstinência, como náusea, suor, tremores, e ansiedade, quando para de beber após um período bebendo muito. Tais sintomas são aliviados bebendo álcool ou tomando outra droga sedativa) e tolerância (a necessidade de aumentar as quantias de álcool para sentir-se 'alto'). Não necessariamente devendo ocorrer todos estes problemas juntos (ÁLCOOL, 2000).

Lazo (2008) define, ainda, o alcoolismo como uma doença, um transtorno psicológico que afeta o sistema nervoso central, produzindo uma sensação de prazer, que se dá através do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, de modo que interfira na vida pessoal, profissional, social ou familiar de uma pessoa, provocando mudança de comportamento e dependência de quem o consome. Com exceção do cigarro, o álcool mata mais pessoas que todas as outras drogas combinadas. Com as mudanças socioeconômicas e a facilidade em obtê-la, é uma das drogas mais utilizadas e mais nocivas ao ser humano.

O álcool provoca sensação de desinibição e favorece a conversação e interação com amigos, especialmente se consumido em maior quantidade numa mesma ocasião, o que aumenta a sensibilidade à fase estimulante e a tolerância à fase depressora. Apesar desse padrão de uso não trazer os mesmos prejuízos orgânicos do que o uso crônico, a impulsividade e a perda de reflexos podem trazer prejuízos sociais como o envolvimento em comportamento sexual de risco e acidentes de trânsito. Em contrapartida, a intoxicação pelo uso agudo pode gerar desânimo, apatia, irritabilidade, diminuição da capacidade motora, náuseas, vômitos, entre outros (AMATO, 2010).

O uso problemático de álcool é uma questão de saúde pública. No Brasil, do total da população adulta, 28% já fizeram uso pesado de álcool pelo menos 1 vez ao ano. Levando em conta uma população de 120 milhões com 18 anos e acima, tem-se que 33,6 milhões de adultos já beberam de forma abusiva pelo menos em uma ocasião (BRASIL, 2007).

Quando o consumo excessivo de álcool é analisado entre homens e mulheres, os efeitos do álcool são mais rápidos no sexo feminino do que no masculino, visto que a mulher possui uma maior proporção de tecido gorduroso, por variações no decorrer do ciclo menstrual e por diferenças na concentração gástrica do metabolismo do álcool. Estudos dessa magnitude são mais difíceis de encontrar na literatura brasileira, principalmente em se tratando do sexo feminino (VARELLA, 2011).

O uso de substâncias psicoativas pela população feminina é pouco aceito socialmente, levando-as a apresentar preferência pelo uso de substâncias lícitas, como medicamentos, álcool e tabaco (VARGAS *ET AL.*, 2015). Os indivíduos que fazem uso dessas substâncias tendem a buscar se esconder para não mostrar a família, aos amigos e a sociedade o seu grau de dependência, visto que muitas vezes nem o próprio dependente aceita que está doente e precisa de tratamento, o que torna difícil encontrar uma amostra válida, especialmente composta apenas por mulheres.

Kalton e Anderson (1986) definiram por população oculta ou de difícil acesso quando a população é pequena em relação à população em geral, geograficamente dispersa e quando a adesão da população envolve estigma ou o grupo tem rede em que é difícil pessoas externas penetrarem.

Para Morell *et al.* (2010) populações de difícil acesso são usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens e trabalhadoras do sexo. Em que os programas de prevenção a eles dirigidos muitas vezes têm dificuldades de serem implantados e avaliados, devido à necessidade que essas pessoas apresentam

de não serem identificadas por medo do preconceito e discriminação.

As políticas voltadas para o tratamento do uso de álcool e outras drogas vêm demonstrando, de maneira inequívoca, a importância do processo de cuidado ao usuário, especialmente nas dimensões da prevenção e da promoção da saúde. O exercício do cuidado em usuários de álcool e outras drogas, requer lidar com singularidades, sendo que as intervenções desenvolvidas devem promover as potencialidades e a autonomia dos usuários diante da vida (LIMA; TEIXEIRA; PINHEIRO, 2012)

Compreendendo a problemática do consumo excessivo de álcool e considerando que as ações e serviços de saúde mental requerem análises aprofundadas para auxiliar os gestores nos processos de tomada de decisão, visando às problemáticas de cada local e o tempo, este estudo objetiva identificar fatores associados ao consumo excessivo de álcool por mulheres.

Métodos

Diferentes técnicas de amostragem são utilizadas para o tratamento de populações de difícil acesso. Dentre eles, o método de amostragem Respondent Driven Sampling (RDS), que utiliza um modelo matemático que pondera os indivíduos da amostra conforme seu grau de relações sociais, tentando eliminar o viés de seleção e obter estimativas confiáveis nos estudos de populações escondidas ou de difícil acesso. Neste método é o próprio participante o responsável por recrutar outros indivíduos. É oferecida ao participante uma recompensa por sua participação e ainda por cada recrutamento (HECKATHORN, 1997).

O RDS começa com a identificação, pelos pesquisadores, dos primeiros participantes do estudo, denominados 'sementes', que têm a função de iniciar a seleção de outros membros. O recrutamento se expande em ondas, em que a Onda 1 é formada pelos participantes indicados pelas sementes, a Onda 2 pelos participantes indicados pelos componentes da Onda 1, e assim cada recrutamento é um elo da cadeia. Cada participante é recrutado através de cupons identificados por números. Esse processo continua até que a amostra atinge o tamanho projetado. Com exceção das sementes todos os participantes são recrutados por pessoas do grupo, garantindo que estejam efetivamente participando de uma rede social (MORELL *ET AL.*, 2010).

Trata-se de um estudo observacional e transversal, realizado em João Pessoa (PB), entre junho e julho de 2015. Indivíduos com idades acima de 18 foram recrutados e obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: (1) Ser do sexo feminino; (2) Fazer consumo excessivo de álcool uma vez ou mais por semana (Classificação feita através do instrumento Audit); (3) Viver na região metropolitana de João Pessoa; (4) Apresentar um convite válido para a participação no estudo, fornecido por uma 'semente'; 5) Fornecer autorização escrita para a participação na pesquisa (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE).

Amostra

A amostra foi recrutada através do método de amostragem RDS e nove mulheres foram selecionadas como 'sementes', que são definidas no RDS como sendo os indivíduos em que se dará o início de aplicação do método, as quais faziam tratamento em uma das seguintes unidades de referência: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (Caps AD III) – David Capistrano da Costa Filho, Centro de Referência especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e o Serviço Especializado de Abordagem Social (Ruartes). Cada mulher definida como semente (ponto de partida do método) recebeu três cupons exclusivos para distribuir a seus iguais. O número de cupons foi controlado fazendo uso de um código de barras. As mulheres que chegassem a uma

das unidades de referência com um cupom válido e obedecessem aos critérios de inclusão, definiram a primeira rodada do estudo. Este procedimento foi repetido até que satisfizesse ao tamanho de amostra necessário e que atendesse o limite estabelecidopelo método de cálculo de tamanho de amostra para população de difícil acesso apresentada por Valliant, Dever e Kreuter (2013). No cálculo, é apresentada uma proporção populacional denotada por p. Essa medida pode ser calculada com base em indicadores populacionais de estudos anteriores ou por meio de amostragem piloto. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (PNUD, 2013), a proporção de mulheres que faz uso abusivo de álcool na Paraíba é de 7,8%. Dessa forma, como se tratou do indicar mais recente acerca da problemática, decidiu-se utilizar [p] = 0,078. Assim, o tamanho de amostra obtido para o estudo foi de 36 mulheres.

Mensuração

Para avaliar os problemas devido ao uso de álcool, a Organização Mundial da Saúde (OMS) disponibilizou um manual de intervenção, denominado Audit. O instrumento é importante para auxiliar os profissionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) a lidar com pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso excessivo de álcool. O teste, já validado no Brasil por Mendez (1999), possui 10 questões com pontuações que podem variar de 0 a 40 pontos.Na zona 1 (0-7 pontos), o tipo de intervenção indicada é a educação para o uso do álcool. Na zona 2 (8-15 pontos) é indicado um aconselhamento simples. O aconselhamento simples mais psicoterapia breve e monitoramento contínuo é aconselhado para o usuário que se encontra na zona de risco 3 (16-19 Pontos). A última zona (20-40 pontos), o usuário deve ser encaminhado para o especialista para avaliação diagnóstica e tratamento. É importante ressaltar que o objetivo do questionário não é tratar dependentes de álcool, que requerem tratamentos mais longos, intensivos e especializados.

Foi realizado, ainda, um levantamento sociodemográfico para avaliar o perfil das mulheres que fazem uso excessivo de álcool, usando perguntas sobre idade, escolaridade, religião, participação em grupos de apoio, tempo que utiliza bebida alcoólica e se faz uso de outras substâncias.

Análise estatística

Foram utilizadas tabelas de contingência e suas respectivas estatísticas, utilizando o *software* R. Para a análise da amostra via RDS foi utilizado o RDSAT e para a construção dos gráficos de cadeias de recrutamento o NetDraw.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, submetido através da Plataforma Brasil sob número de Parecer 969.560, CAAE: 39399814.6.0000.5188 e data de relatoria 11 de fevereiro de 2015, mediante autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.

Resultados e discussão

Os resultados foram obtidos com base em informações de 36 mulheres dependentes de álcool no município de João Pessoa, levando em consideração as mulheres que buscavam tratamento no Caps AD III, Centro POP e Ruartes.

Buscando atender aos objetivos propostos, inicialmente foi feita uma análise descritiva dos dados, para descrever o perfil sociodemográfico dessas mulheres (*tabela 1*).

Tabela 1. Descritivas relacionadas ao perfil de mulheres que fazem uso excessivo de álcool. João Pessoa, 2015

Idade	
Média	39 anos
Escolaridade	
Analfabeta	16,7%
Fundamental incompleto	38,9%
Fundamental completo	8,3%
Médio incompleto	16,7%
Médio completo	19,4%

Segundo dados do Programa das Nações Unidas (PNUD) (2013), para o estado da Paraíba, 36,1% das mulheres que fazem uso excessivo de álcool estavam na faixa etária de 18 a 39 anos de idade e cerca de 14% não possuíam grau de instrução.

O estudo de Almeida (2013) também confirmou a prevalência da baixa escolaridade entre os usuários de drogas. Entre as pessoas acompanhadas pelo Caps AD em João Pessoa, 88,23% tinham baixo grau de instrução educacional: analfabetos (4,11%) e ensino fundamental completo (71,53%).

Isto corrobora com os percentuais mais altos para as faixas etárias de 19 a 32 anos (27,8%) e de 33 a 42 anos (27,8%) e, com o percentual de mulheres analfabetas (16,7%), vistas neste estudo.

Com relação à religião, 50% das mulheres afirmaram ser católica, 30,6% não possuíam religião e 19,4% disseram ser evangélica. São concordes principalmente religiosos e psicólogos quando abordam o sentido do evento traumático e da resiliência, sobre a qual exercem influência as raízes culturais e religiosas dos indivíduos. Para os autores, a fé, religião e espiritualidade são encaradas como fundamentos de utilidade para desencadear mecanismos de proteção, de amparo e de fortalecimento no lidar com a problemática (BARTOLOMEI, 2008).

Foi realizada uma investigação a respeito da influência da religião sobre a zona de risco do Audit. Assim, verificou-se evidência através do Audit que as mulheres que se dizem católicas estão na zona de risco 4, esta zona requer mais atenção do especialista encaminhando o usuário para avaliação diagnóstica e tratamento. Ou seja, 41,67% das recrutadas são católicas e encontram-se na zona de risco 4. Outra informação importante é que 58,33% das mulheres que afirmaram possuir alguma religião estão na mesma zona de risco.

Entre as entrevistadas que relataram consumir excessivamente bebidas alcoólicas 91,67% relataram fazer uso em conjunto com outras drogas. As variedades mais frequentes utilizadas foram maconha e cigarro, 69,44% cada. A ingestão de *crack* e antidepressivos foram relatados por 41,66% das mulheres, respectivamente. Já a cocaína e os inalantes são utilizados conjuntamente com álcool por 30,56% das mulheres, cada um.

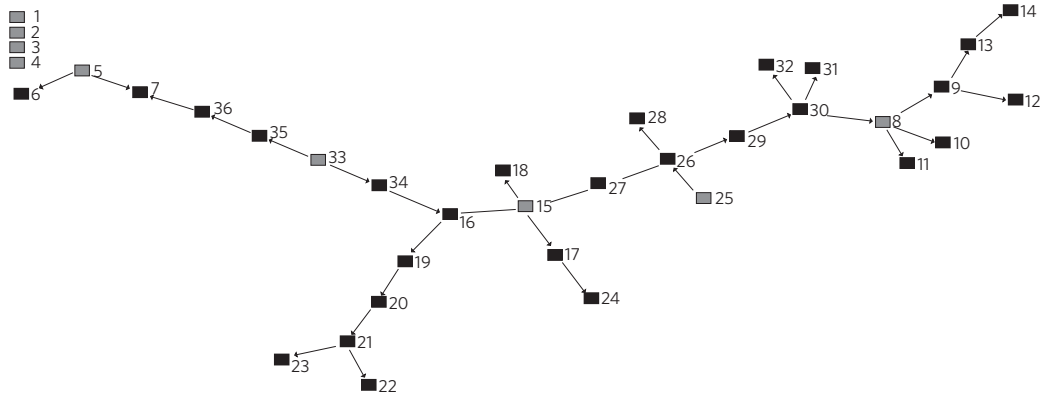
O uso de antidepressivos e de cigarro pode ser entendido como uma busca dessas substâncias como terapia para auxiliar no tratamento da dependência de álcool, visto que o antidepressivo é prescrito provavelmente pelos médicos onde as mulheres buscam tratamento e o cigarro é tido como uma droga de menor risco que o álcool (FINOTTI, 2015).

Sobre o uso de álcool, a maioria (79,46%) também confirmada no estudo de Almeida (2013), faz uso de álcool isoladamente ou combinado com outras drogas. Tal estudo objetivou averiguar os fatores associados ao abandono do tratamento para a dependência química no município de João Pessoa,

concluindo que o consumo do *crack* e principalmente do álcool são grandes contribuintes para o abandono do tratamento.

Após análises descritivas e discussões relacionadas ao consumo excessivo de álcool dar-se-á a apresentação metodológica com relação ao recrutamento por meio do RDS. Assim, das 36 mulheres estudadas, nove foram sementes, participantes escolhidas de forma não aleatória. No presente estudo as nove sementes foram recrutadas nas unidades de referência da pesquisa. Observa-se, de acordo com a *figura 1*, que quatro destas sementes não conseguiram recrutar respondentes, respectivamente os indivíduos 1, 2, 3 e 4. Apesar disso, as cinco sementes restantes (5, 8, 15, 25 e 33) conseguiram uma cadeia de recrutamentos bem extensa. Além disso, a semente '25' é a responsável pela maior cadeia de contatos.

Figura 1. Recrutamento pelo RDS das mulheres que fazem uso excessivo de álcool. João Pessoa, 2015



Foi verificado o número de rodadas necessárias para se chegar ao equilíbrio para todas as variáveis. As variáveis que chegaram mais rápido ao equilíbrio foram a religião, a zona de risco e a participação em grupos de apoio, precisando de apenas 2 rodadas para se chegar ao equilíbrio. As variáveis escolaridade e nível de resiliência precisaram de 4 e 6 rodadas, respectivamente. Enquanto que a variável idade foi a mais complicada e precisou de 9 rodadas para se estabilizar.

A *tabela 2* fornece as estimativas simples da proporção, a proporção de equilíbrio, a estimativa ajustada pela ponderação do método RDS, a estimativa de prevalência, além da homofilia, que é definida como um indicador de proximidade e controle do método RDS, para que não haja o risco de, nas indicações feitas pelos indivíduos selecionados, de que sejam entrevistados indivíduos que não possuem a característica de interesse (alcoolismo). Quanto mais próximo 1 estiver o indicador, maior é a evidência de que se está entrevistando de fato indivíduos com a característica de interesse do estudo.

As estimativas simples da proporção é uma simples relação de quantos membros de um grupo particular foram recrutados para o número total de recrutas. A proporção de equilíbrio representa a proporção da população de cada grupo com base apenas na distribuição de equilíbrio dessa variável, isto é, a proporção da amostra quando ela atinge o equilíbrio, sem levar em consideração o tamanho médio da rede dos grupos. A estimativa ajustada pela ponderação do método RDS estima se algum grupo tem capacidade

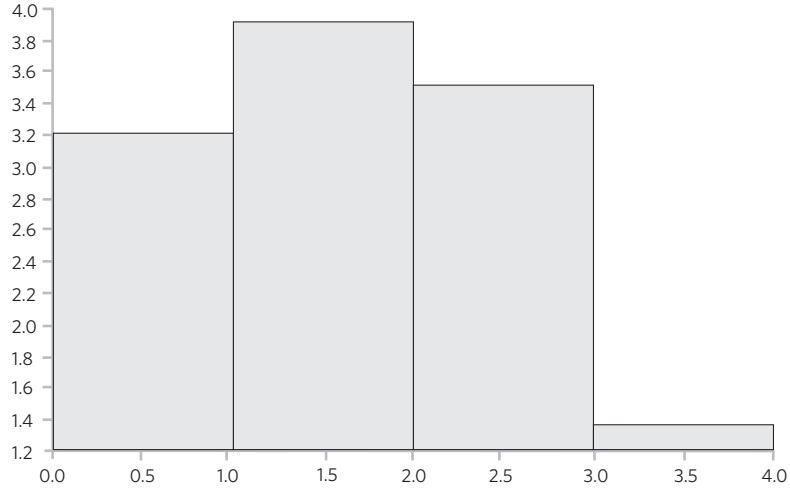
maior ou menor de recrutamento. A homofilia é uma medida de preferência para conexões com o próprio grupo, ou seja, representa o quanto o individuo recruta dentro do próprio grupo (SPILLER; CAMERON; HECKATHORN, 2012). Por fim, a estimativa de prevalência é uma estimativa do número de indivíduos com o evento de interesse pela população sobre risco em um determinado período de tempo (WAGNER, 1998).

Tabela 2. Estimativa de indicadores para mulheres que fazem consumo excessivo de álcool. João Pessoa, 2015

Variável	N=36	Estimativa simples	Equilíbrio	Ajustada	IC 95%	Média Ajustada do tamanho da rede de contatos	Homofilia	Prevalência
Faixa etária (anos)								
≤ 32	10	0,278	0,204	0,264	0-0,448	1	0,136	0,264
33 - 42	10	0,278	0,13	0,059	0-0,288	2,822	0,089	0,059
43 - 46	7	0,194	0,222	0,102	0,03-0,203	2,822	-1	0,102
≥ 47	9	0,25	0,444	0,575	0,21-0,941	1	0,216	0,575
Escolaridade								
Analfabeto	6	0,167	0,247	0,481	0,3-0,583	1	-1	0,481
Fundamental Incompleto	14	0,389	0,353	0,244	0,2-0,5	2,822	-0,179	0,244
Fundamental Completo	3	0,083	0,058	0,04	-	2,822	-1	0,04
Médio Incompleto	6	0,167	0,159	0,109	0,04-0,2	2,822	-1	0,109
Médio Completo	7	0,194	0,183	0,126	0,02-02	2,822	0,142	0,126
Religião								
Católica	18	0,5	0,486	0,251	0,2-0,5	2,822	0,333	0,251
Evangélica	7	0,194	0,2	0,291	0,04-0,4	1	-1	0,291
Nenhuma	11	0,306	0,314	0,458	0,2-0,7	1	-0,454	0,458
Grupos de Apoio								
Não participa	20	0,556	0,634	0,716	0,4-0,8	1	-0,141	0,716
Semanal	11	0,306	0,188	0,213	0,01-0,5	1	0,012	0,213
Mensal	4	0,111	0,178	0,071	0,03-0,4	2,822	0,282	0,071
Semestral	1	0,028	0	0	-	2,822	0	0,00
Teste para desordens devido ao uso excessivo do álcool								
Zona 1	1	0,028	0,024	0,009	0-0,1	2,822	-0,999	0,009
Zona 2	3	0,083	0,131	0,142	0,01-0,3	1	-1	0,142
Zona 3	3	0,083	0,095	0,037	0-0,32	2,822	0,222	0,037
Zona 4	29	0,806	0,75	0,812	0,4-0,9	1	-0,062	0,812

Nota-se, de acordo com a *tabela 2*, que na variável idade, as categorias acima de 33 anos parecem ter sido subestimadas, isto pode estar relacionado ao fato de possuírem um menor número de ligações que pode ser visualizado com a *figura 2*. Talvez fossem necessárias mais algumas rodadas para que a estimativa chegasse ao equilíbrio.

Figura 2. Tamanho médio das redes



Ainda na *tabela 2*, observa-se que há um alto nível de homofilia no grupo em que a religião é católica. Indicando que as mulheres que estão nesse grupo recrutam com mais freqüência dentro do próprio grupo. Já nos grupos em que as mulheres são menores de 42 anos e nas que são maiores que 47 anos, nas que possuem nível médio completo de escolaridade, nas que frequentam grupos de apoio e nas que estão na zona de risco 3, existe uma homofilia intermediária, indicando que elas recrutam qualquer uma independente do grupo. Nos grupos que possuem ensino fundamental incompleto, e nas que não participam de grupos de apoio, há heterofilia intermediária. Enquanto que nos grupos de mulheres com faixa etária de 43 a 46 anos, nas que não possuem grau de escolaridade ou que possuem grau de escolaridade fundamental completo ou médio incompleto, nas que são evangélicas e nas que estão na zona de risco 2, há um alto nível de heterofilia, indicando que elas só recrutam fora de seus grupos. O ideal seria estudar porque as mulheres que declararam ser católicas não estão recrutando de forma aleatória. Acredita-se que isto se deve ao fato de haver mais mulheres autodeclaradas católicas.

Com relação à taxa de prevalência, observa-se que segundo a faixa etária, existem mais mulheres com idade acima de 47 anos. Isto é, mais da metade (57,5%) das mulheres alcoólatras investigadas possuem mais de 47 anos. A faixa etária com menor percentual de mulheres que fazem uso excessivo de álcool é de 33 a 42 anos. Quase a metade (48,1%) das mulheres estudadas não possui qualquer tipo de escolaridade. A proporção ainda é maior na classe de mulheres que não possuem religião (45,8%) e nas que não participam de grupos de apoio (71,6%). Apenas uma mulher afirmou participar de reuniões semestralmente, o que não resultou taxa de prevalência. 81,2% das mulheres estão na zona de risco do Audit considerada mais alta, zona 4, o que alerta para a grande quantidade de mulheres que fazem desordens devido o uso excessivo de álcool.

Foi realizada para o presente estudo, uma estimativa do total de mulheres que fazem uso excessivo de álcool em João Pessoa de acordo com cada zona de risco do Audit. Para tanto, considerou-se o Censo, em 2010, que determina

que a população de João Pessoa é de 723.515 habitantes, sendo 337.783 homens e 385.732 mulheres (PNUD, 2013). E sabendo que o percentual de mulheres que fazem consumo excessivo de álcool é de 7,8% (PNUD, 2013). Uma estimativa do total de mulheres que fazem uso excessivo de álcool em João Pessoa é de aproximadamente 30.087 a quem chamaremos de N_a. Assim, a tabela 3 apresenta os percentuais de mulheres que fazem consumo excessivo de álcool segundo as zonas de risco do Audit.

Tabela 3: Estimativa do total de mulheres que fazem consumo excessivo de álcool de acordo com sua zona de risco do Audit

Característica	%	%*N_a
Audit – Zona 1	0,028	842
Audit – Zona 2	0,083	2.497
Audit – Zona 3	0,083	2.497
Audit – Zona 4	0,81	24.371

Conclusões

O presente estudo objetivou identificar fatores associados ao consumo excessivo de álcool por mulheresas quais faziam tratamento em uma das seguintes unidades de referência: Caps AD III – David Capistrano da Costa Filho, Centro de Referência especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e o Serviço Especializado de Abordagem Social (Ruartes).

É importante ressaltar a viabilidade do RDS para a análise das estimativas. O método, que busca obter boas estimativas nos estudos de população de difícil acesso, tornou-se um aliado importante, pois, nesse método, é o próprio participante que recruta outros indivíduos. Contudo, a ideia de estímulos financeiros ou bonificações não foi permitida, visto que o comitê de ética não aprova qualquer tipo de ajuda financeira. Isto se tornou uma dificuldade na realização do método, que foi contornada mostrando e incentivando as mulheres a buscar ajuda, e contou ainda, com o auxílio de um chip de celular auxiliar, um chip de telefone que foi utilizado exclusivamente para essa finalidade. As mulheres que quisessem participar da pesquisa puderam ligar a cobrar diretamente para o número repassado às suas recrutadoras e as informações sobre a pesquisa seriam repassadas às mesmas.

Sabe-se que a mídia tem papel importante em destacar os prejuízos oriundos do consumo de *crack* e mascarar os prejuízos decorrentes do consumo de álcool. Por isso, nesse estudo foi dada a devida importância à magnitude dos problemas advindos ao uso excessivo de álcool, para mostrar a importância de apresentar a sociedade o quão complexa é essa problemática, de modo a subsidiar os governos a tomarem decisões cabíveis para apoiar, não apenas as mulheres, mas todos os que precisam de ajuda para tratar o vício do álcool. É nesse momento, que as unidades de apoio aos dependentes se tornam mais importantes. Considerando esta realidade, a assistência deve ultrapassar as barreiras das unidades de saúde e trabalhar com a desmistificação dos estigmas sociais sofridos com relação às mulheres dependentes de álcool.

Os resultados obtidos neste trabalho também fornecem contribuição importante para a construção de estratégias futuras de prevenção e tratamento direcionadas a essa população. A construção dessas estratégias deve seguir as diretrizes da política nacional de atenção integral à saúde da mulher, preconizando ações de redução da vulnerabilidade e do uso de álcool e outras drogas.

Colaboradores

IMBL contribuiu substancialmente para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados. HFCC auxiliou na análise estatística e JMA na análise psicológica. Todos os autores supervisionaram o estudo, contribuíram e aprovaram o manuscrito final. ■

Referências

ÁLCOOL o que você precisa saber. Brasília, DF: SENAD, 2000. (Série Diálogo nº 06).

AMATO, T. C. *Resiliência e uso de drogas:* como a resiliência e seus impactos se relacionam aos padrões no uso de drogas por adolescentes.2010. 90 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – UniversidadeFederal de São Paulo, São Paulo, 2010.

ALMEIDA, R. A. *Fatores associados ao abandono do tratamento por usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas em João Pessoa*. 2013. 119 f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

BARTOLOMEI, M. *A fé como fator de resiliência no tratamento do câncer:* uma análise do que pensam os profissionais da saúde sobre o papel da espiritualidade na recuperação dos pacientes. 2008. 137 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

BRASIL. *I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira (I LENAD)*. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

BORGATTI, S. P. *NetDraw Software for Network Visualization*. *Analytic Technologies:* Lexington, KY. 2002. Disponível em: <www.analytictech.com/Netdraw/setup.exe>. Acesso em: 10 ago. 2017.

FINOTTI, P. *Álcool, cigarro, maconha ou cocaína:* qual é o mais perigoso? 2015. Disponível em: <http://sossolteiros.bol.uol.com.br/alcool-cigarro-maconha-ou-cocaina-qual-e-o-mais-perigoso/>. Acesso em: 15 out. 2015.

HECKATHORN, D. D. Respondent-Driven Sampling: A New Approach to The Study of Hidden Populations. *Social Problems,* Oxford, v. 44, n. 2, p. 174-199. 1997.

KALTON, G.; ANDERSON D. W. Sampling rare populations. *Journal of the Royal Statistical Society:* Series A, Londres, v. 149, n. 1, p. 65-82. 1986.

LAZO, D. M. *Alcoolismo:* o que você precisa saber. 6. ed. São Paulo: Paulinas, 2008.

LIMA, S. S.; TEIXEIRA, R. M.; PINHEIRO, C. M. O

conceito de crise na clínica para usuários de álcool e outras drogas: ampliando reflexões. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 275-281, abr./jun. 2012.

MORELL, M. G. G. *et al*. A efetividade do uso da metodologia Respondent Driven Sampling para vigilância comportamental do HIV em trabalhadoras do sexo na cidade de Santos. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 17., 2010,Caxambu. *Anais eletrônicos*... Caxambu: Abep, 2010. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/tema_2/abep2010_2099.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS(PNUD). *Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil*. 2013. Disponívelem<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/download/>.Acessoem: 24 dez. 2015.

SPILLER, M. W.; CAMERON, C.; HECKATHORN, D. D. *RDSAT 7.1:* User Manual. 2012. Disponível em: <http://www.respondentdrivensampling.org/reports/RDSAT_7.1-Manual_2012-11-25.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2017.

VALLIANT, R.; DEVER, J. A.; KREUTER, F. *Practical Tools for Designing and Weighting Survey Sample*. Nova Iorque: Springer, 2013.

VARELLA, D. *Alcoolismo em mulheres*. 2011. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/alcoolismo/alcoolismo-em-mulheres/>. Acesso em: 21 out. 2015.

VARGAS, D. *et al*. O primeiro contato com as drogas: análise do prontuário de mulheres atendidas em um serviço especializado. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, jul./set. 2015.

VOLZ, E. *et al*. *Respondent-Driven Sampling Analysis Tool (RDSAT) Version 7.1*. Ithaca, NY: Cornell University. 2012. Disponível em: <http://www.respondentdrivensampling.org/main.htm>. Aceso em: 10 ago. 2017.

WAGNER, M. B. Medindo a ocorrência da doença: prevalência ou incidência? *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 74, p. 157-162. 1998.

Recebido para publicação em fevereiro de 2017
Versão final em junho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Avaliação do nível de conhecimento e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Evaluation of the level of knowledge and applicability of the International Classification of Functioning, Disability and Health

Luiz Eduardo Lima de Andrade[1], Nayara Priscila Dantas de Oliveira[2], João Afonso Ruaro[3], Isabelle Ribeiro Barbosa[4], Diego de Sousa Dantas[5]

RESUMO A pesquisa foi conduzida com o objetivo de avaliar o nível de conhecimento e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde por profissionais de saúde do município de Natal (RN). Trata-se de um estudo transversal, que avaliou 186 profissionais de saúde, mediante questionário eletrônico semiestruturado, composto de questões sobre o nível de conhecimento em relação à classificação e sua aplicabilidade. Concluiu-se que os profissionais de saúde possuem pouco conhecimento sobre a ferramenta. Além disso, os que relataram conhecê-la, dela fazem pouco uso devido às dificuldades para seu entendimento e aplicação.

PALAVRAS-CHAVE Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Inquéritos e questionários. Ocupações em saúde.

[1] Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil.
luizeduardofisio@gmail.com

[2] Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil.
nayoliveira.fisio@gmail.com

[3] Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro) – Guarapuava (PR), Brasil.
joaoruaro@gmail.com

[4] Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil.
isabelleribeito@oi.com.br

[5] Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil.
diegodantas1@gmail.com

ABSTRACT *The research was conducted with the objective of evaluating the level of knowledge and applicability of the International Classification of Functioning, Disability and Health by health professionals of the city of Natal (RN). This is a cross-sectional study, which evaluated 186 health professionals, through a semistructured electronic questionnaire, composed of questions about the level of knowledge regarding classification and its applicability. It was concluded that the health professionals had little knowledge about the tool. Furthermore, those who reported knowing it, made little use of it because of difficulties to their understanding and application.*

KEYWORDS *International Classification of Functioning, Disability and Health. Surveys and questionnaires. Health occupations.*

DOI: 10.1590/0103-1104201711411

Introdução

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001. Esta ferramenta inclui uma descrição de um amplo espectro do funcionamento humano, a partir de um modelo explicativo para a compreensão da saúde e da incapacidade (SAMPAIO; LUZ, 2009). O fato de pertencer à Família de Classificações Internacionais da OMS confere à CIF um uso abrangente em estatísticas de saúde, pois permite a coleta de dados e a utilização de critérios homogêneos, além da possibilidade de comparações internacionais (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A CIF propõe uma abordagem à saúde do indivíduo, ou ao processo incapacitante, através de um modelo biopsicossocial que incorpora componentes da saúde em nível físico e social. Esta proposta transcende o modelo biomédico baseado na etiologia da doença, evoluindo para um modelo tridimensional: biomédico, psicológico e social. Neste caso, cada nível age e sofre as ações dos outros, e todos eles são influenciados pelo meio ambiente (FERREIRA; CASTRO; BUCHALLA, 2014).

O modelo conceitual da CIF tem como componentes as condições de saúde, as funções e estruturas do corpo, as atividades, a participação, os fatores pessoais e os fatores ambientais. Além de configurar um modelo explicativo, a CIF também pode ser usada como ferramenta epidemiológica, por meio de seu conjunto de códigos alfanuméricos, que codificam e classificam a funcionalidade (CASTRO *ET AL.*, 2016).

A CIF é composta por 1.454 categorias, que descrevem completamente a funcionalidade humana e promovem uma classificação altamente abrangente, o que confere a esta ferramenta alto potencial descritivo. Em contrapartida, essa quantidade de códigos representa um dos principais obstáculos para sua aplicação, devido ao tempo gasto na coleta de dados, o que transforma o instrumento em algo pouco exequível (PRODINGER *ET AL.*, 2015; RIBERTO, 2011).

A própria OMS, percebendo a dificuldade relacionada ao tempo de aplicação da CIF, lançou algumas alternativas de instrumentos nela baseados, porém com menor quantidade de itens, para torná-la mais facilmente aplicável. Os *core sets* da CIF apresentam uma lista mais breve, com categorias da própria CIF, para captar aspectos da funcionalidade afetados mais frequentemente em grupos com desordens específicas, e planejados para aproximá-la do uso clínico habitual (CASTRO *ET AL.*, 2016).

Com o processo de transição demográfica e o aumento da expectativa de vida experimentado pelas sociedades modernas, a mensuração da incapacidade e da funcionalidade tornam-se temas de interesse crescente, a partir do momento em que as doenças crônicas têm apresentado alta prevalência e incidência. Todavia, os indicadores tradicionalmente utilizados têm seu foco em óbitos ou doenças, não capturando adequadamente as consequências da doença nos indivíduos e nas populações.

Dessa forma, a utilização quantitativa da CIF, como um sistemático esquema de codificação das informações sobre funcionalidade, incapacidade e deficiência, pode complementar as informações dos indicadores tradicionais, pois identifica a natureza e a magnitude do complexo multifatorial envolvido nas dimensões da incapacidade e da deficiência, o que é fundamental para o diagnóstico clínico das consequências das condições de saúde, atribuições e gestão das intervenções, da avaliação dos resultados de tratamento (CASTANEDA; CASTRO; BAHIA, 2014), a fim de orientar a prática clínica, a gestão de serviços, a política e a ciência fundamentada em evidências (VARGUS-ADAMS; MAJNEMER, 2014).

Desse modo, o presente estudo se propõe a investigar o nível de conhecimento e aplicabilidade da CIF por profissionais da área da saúde atuantes no município de Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte.

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal, que seguiu as diretrizes propostas pelo instrumento Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (Strobe).

O município de Natal possui representação física dos conselhos de classe das seguintes profissões de saúde: fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem, odontologia, farmácia, serviço social, medicina, educação física, psicologia e nutrição.

Buscando a representatividade da amostra de profissionais para a região, foram convidados a participar todos os profissionais com vínculo ativo nos seus respectivos conselhos de classe das profissões de saúde. A população-alvo foi de profissionais de saúde que lidavam direta ou indiretamente com seres humanos, e que residiam em Natal durante o período de coleta.

Os conselhos de classe foram previamente contatados e informados acerca dos objetivos da pesquisa. Após esse contato inicial, os conselhos que concordaram em tomar parte assinaram uma carta de anuência, autorizando sua colaboração com a pesquisa por meio do envio de convites aos profissionais vinculados, para participação no estudo por meio de *e-mails* e malas diretas. Estes conselhos representam as profissões de: fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem, odontologia, farmácia e serviço social. As profissões de medicina, fonoaudiologia, educação física, psicologia, biomedicina e nutrição, cujos conselhos não assinaram a anuência do projeto, não participaram deste estudo.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de setembro e outubro de 2013. Utilizou-se um questionário eletrônico semiestruturado, produzido pelos pesquisadores e avaliado por *experts*, para correção e aprovação de tal ferramenta. No processo de validação do questionário eletrônico, foi realizada a técnica do consenso entre especialistas, que resultou em um instrumento composto por 13 questões, divididas em três dimensões: uso, conhecimento e aplicabilidade da CIF.

Após a aprovação da versão final, o questionário foi disponibilizado eletronicamente, a partir do *link* de acesso informado, aos respectivos conselhos de classe. Na janela inicial do *link*, o participante teve acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e após a concordância em participar, a ele foi dado o acesso ao questionário do estudo.

O instrumento apresentava as seguintes perguntas: 1 – Você tem conhecimento do que é a CIF?; 2 – Como conheceu a CIF?; 3 – Como você avalia seu nível de conhecimento da CIF?; 4 – Qual é o órgão responsável pela proposição da CIF?; 5 – Qual o foco da CIF?; 6 – Qual a relação entre a CIF e a Classificação Internacional de Doenças (CID)?; 7 – Desde que ano tem contato com a CIF?; 8 – Você teve algum tipo de treinamento para utilizar a CIF? Se sim, qual foi o treinamento?; 9 – Na sua prática profissional, você utiliza a CIF? Se utiliza, faz uso para quê? Se utiliza, qual o modo de registro dos dados?; 10 – Tem dificuldade para entender a CIF?; 11 – Tem dificuldade para aplicar a CIF?; 12 – Você já ouviu falar dos *core sets*? Se utiliza *core sets*, faz o uso em qual(is) área(s)?; 13 – De que modo você utiliza a CIF?

A variável dependente do estudo é o conhecimento autodeclarado acerca da CIF. As variáveis independentes são o nível de conhecimento da CIF, sexo, idade, profissão, tipo de instituição de ensino superior onde se graduou, tempo de graduação e maior grau de instrução.

Após os entrevistados responderem completamente o questionário, os dados eram transmitidos diretamente para um banco de dados no software Excel. Esses dados foram analisados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0.

As variáveis quantitativas idade e tempo de graduação foram categorizadas segundo suas médias. Os dados foram categorizados quanto

ao conhecimento da CIF (conhecem e desconhecem a CIF) e quanto ao nível de conhecimento (bom conhecimento – autoavaliaram seu conhecimento como bom ou muito bom – e conhecimento precário – autoavaliaram seu conhecimento como ruim, muito ruim ou regular). A análise da normalidade dos dados foi realizada mediante o teste de Kolmogorov Smirnov. Para testar a significância estatística da diferença entre os grupos, utilizou-se o teste Qui-Quadrado, para variáveis categóricas, e o teste de Mann-Whitney, considerando significância estatística quando $p<0,05$.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob o número 387.754, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Entre os 186 participantes, o sexo de maior prevalência foi o feminino (74%), com média de idade de 33,93 anos. A categoria profissional que contou com o maior número de participantes foi a odontologia (33%). Houve predomínio de profissionais ligados a instituições públicas (68%). Quanto ao tempo de graduação, 52% dos participantes tinham até cinco anos de graduados. Apesar disso, 66% relataram possuir especialização *(tabela 1)*.

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis de caracterização dos 186 profissionais de saúde participantes da pesquisa. Natal, 2013

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	138	74
Masculino	46	26
Idade		
Até 34 anos	104	56
Acima de 35 anos	82	44
Profissão		
Assistente Social	2	1
Enfermeiro	56	30
Odontologista	62	33
Fisioterapeuta	37	20
Terapeuta ocupacional	7	4
Farmacêutico	22	12
Tipo de Instituição de Ensino Superior onde se graduou		
Pública	127	68
Privada	59	32
Maior grau de instrução		
Graduação	43	23
Especialização	123	66
Mestrado	20	11

Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao grau de conhecimento da CIF, os dados demonstraram que houve prevalência de participantes que a desconhecem, pois somente 54 profissionais relataram conhecer o instrumento (29%). Sobre as variáveis analisadas, verificou-se que a profissão, a região de formação e o maior grau de instrução apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (p-valor<0,05) *(tabela 2)*.

Tabela 2. Conhecimento da CIF e fatores associados entre os profissionais participantes. Natal, 2013

Variável	Conhece CIF N=54	Não Conhece CIF N=132	Valor de p
Sexo			
Feminino	40 (74%)	98 (74%)	0,981
Masculino	14 (26%)	34 (26%)	
Idade	**33,31±1,33**	**34,87± 0,87**	**0,286**
Profissão			
Assistente Social	0 (0%)	2 (1%)	<0,001
Enfermeiro	6 (11%)	49 (38%)	
Odontologista	10 (18%)	52 (39%)	
Fisioterapeuta	26 (48%)	9 (7%)	
Terapeuta ocupacional	7 (13%)	0 (0%)	
Farmacêutico	2 (4%)	20 (15%)	
Professor	3 (6%)	0 (0%)	
Tipo de Instituição de Ensino Superior onde se graduou			
Pública	33 (61%)	94 (71%)	0,179
Privada	21 (39%)	38 (29%)	
Região da Instituição de Ensino Superior			
Nordeste	47 (87%)	130 (98%)	0,001
Sudeste	2 (4%)	2 (2%)	
Sul	5 (9%)	0 (0%)	
Tempo de graduação			
Até um ano	4 (7%)	18 (14%)	0,498
Entre 1 e 3 anos	11 (20%)	21 (16%)	
Entre 3 e 5 anos	15 (28%)	29 (22%)	
Mais de 5 anos	24 (45%)	64 (48%)	
Maior grau de instrução			
Graduação	11 (20%)	32 (24%)	0,042
Especialização	24 (45%)	78 (59%)	
Mestrado	14 (25%)	18 (13%)	
Doutorado	5 (5%)	4 (4%)	

Tabela 2. (cont.)

Local de trabalho			
Rede pública	30 (55%)	54 (41%)	0,451
Rede privada	15 (28%)	43 (32%)	
Ambas	7 (13%)	29 (22%)	
Desempregado	2 (4%)	6 (4%)	
Filantropia	0 (0%)	1 (1%)	
Renda			
Até 2 salários	4 (7%)	9 (6%)	0,169
Entre 2 e 5 salários	20 (37%)	58 (43%)	
Entre 5 e 10 salários	21 (38%)	34 (25%)	
Mais de 10 salários	3 (6%)	21 (15%)	
Preferiu não responder	6 (12%)	10 (11%)	

Fonte: Elaboração própria.

Os participantes que relataram conhecer a CIF (n=54) tiveram, em sua maioria, o nível de conhecimento classificado como precário (86%): 11% classificaram seu nível de conhecimento como muito ruim, 24% classificaram como ruim e 51% demonstraram ter conhecimento regular *(tabela 3)*.

Tabela 3. Nível de conhecimento da CIF e fatores associados entre os profissionais que relataram conhecer o instrumento. Natal, 2013

Variáveis	**Conhecimento precário n=46**	**Bom conhecimento n=8**	**p-valor**
Tempo de contato com a CIF	**3,97 ±0,49**	**5,17 ±1,44**	**0,444**
Foco da CIF			
Saúde	91%	75%	0,652
Doença	9%	25%	
Relação entre a CIF e a CID			
Complementar	73%	85%	0,482
Sem relação	27%	15%	
Teve treinamento para usar a CIF			
Sim	21%	15%	0,668
Não	79%	85%	
Utilização da CIF			
Nunca	79%	15%	<0,001
Raramente	21%	57%	
Rotineiramente	0%	28%	

Tabela 3. (cont.)

Modo de registro de dados			
Digital	18%	25%	0,770
Papel	82%	75%	
Dificuldade para entender a CIF			
Sim	43%	0%	0,028
Não	57%	100%	
Dificuldade para aplicar a CIF			
Sim	52%	16%	0,101
Não	48%	84%	
Faz uso de *core sets*			
Sim	28%	42%	0,433
Não	72%	58%	
Forma de utilização da CIF			
Completa	14%	25%	0,612
Reduzida	86%	75%	
Utiliza os *core sets* para:			
Tratamento clínico	17%	0%	0,306
Atividade física	17%	0%	
Fisioterapia locomotora	0%	66%	
Fisioterapia respiratória	17%	0%	
Envelhecimento	32%	34%	
Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	17%	0%	

Fonte: Elaboração própria.

Independentemente do nível de conhecimento (precário ou bom), a maioria dos participantes que conheciam a CIF relataram que o foco do instrumento era a saúde (87%), e que a relação CIF e CID era complementar (74%). Grande parcela desses participantes relatou que o registro de dados da CIF era feito no papel (79%); e que a principal forma de uso era reduzida (83%), porém a maioria (68%) não fazia uso de *core sets*.

A média de tempo de contato com o instrumento foi de 3,97 anos; a falta de treinamento prévio para o uso do instrumento, na prática profissional, foi relatada por 79% dos participantes desse grupo. Por mais que 57% dos participantes desse grupo não apresentasse dificuldade para entender a CIF, 52% tiveram dificuldades para aplicá-la.

Já o grupo classificado como 'bom conhecimento' (n=8) teve tempo de contato com a CIF maior do que o de conhecimento precário, com média de 5,17 anos. Eles relataram não sentir dificuldades para entender o instrumento, como demonstrou o conhecimento da maioria (75%), ciente de que o foco da CIF é a saúde. Entretanto, a maior parte dos participantes desse grupo (84%) teve dificuldades para aplicar a CIF: 85% desse grupo não tiveram treinamento prévio para utilizá-la e 57% raramente a utilizaram.

Quando comparados os dois grupos relativos ao conhecimento da CIF, perceberam-se

diferenças estatisticamente significativas entre a sua utilização (p<0,001) e dificuldades para entendê-la (p=0,028).

Discussão

O presente estudo objetivou avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca da CIF. Pode-se constatar que ela é pouco conhecida pelos profissionais de saúde, sendo mais difundida entre os fisioterapeutas. Entre os profissionais que afirmam conhecer a CIF, a maioria relata que o contato com a classificação foi recente; avalia seu conhecimento como precário, variando de regular a muito ruim; admite dificuldade para utilizá-la de modo prático; e que não recebeu treinamento para tal uso.

A CIF pertence à Família de Classificações Internacionais da OMS (WHO Family of International Classifcations – WHO-FIC) e apresenta o modelo explicativo para a compreensão da saúde e incapacidade, pautado em aspectos multifatoriais, que englobam fatores biopsicossociais, trabalhando de forma inter-relacionada a funcionalidade e a incapacidade. A CIF vai além da visão reducionista do modelo biomédico para analisar e classificar a interação de um indivíduo com os fatores contextuais (ambientais e pessoais) (FONTES; BOTELHO; FERNANDES, 2014; OMS, 2001).

Desse modo, a CIF enfatiza a identificação das experiências de vida e das necessidades reais de uma pessoa, assim como a identificação das características físicas (estruturas e funções do corpo), sociais e atitudinais do seu meio circundante e das condições ambientais – sejam elas impeditivas ou facilitadoras –, que interferem na funcionalidade da pessoa, permitindo a visualização de novos alvos no processo de cuidado em saúde (FONTES; BOTELHO; FERNANDES, 2014).

Portanto, objetiva-se, com essa classificação, não somente melhorar o entendimento de que a condição de saúde influencia o desempenho do sujeito na realização de atividades, mas também considerar que, além da complexa rede de estruturas e do funcionamento do corpo, fatores ambientais e pessoais podem influenciar na funcionalidade do paciente (NICKEL *ET AL.*, 2010).

A funcionalidade representa um desfecho positivo dessa relação multifatorial avaliada pela CIF, fruto de uma interação dinâmica entre as condições de saúde e os fatores contextuais, que envolve estruturas e funções corporais, atividades e participação social, fatores ambientais e pessoais. A funcionalidade, portanto, reflete a potencialidade do indivíduo, de atuar de forma independente em sua vida, e integra as diversas dimensões de saúde (individual, biológica e social). Quando são observados prejuízos à funcionalidade, pela presença de deficiências, limitação de atividade ou restrição à participação, fala-se em incapacidade (FERREIRA; CASTRO; BUCHALLA, 2014; OMS, 2001).

Segundo a Resolução nº 452, de 10 de maio de 2012, do Ministério da Saúde (Conselho Nacional de Saúde) (BRASIL, 2012), a CIF deve ser utilizada no Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive na saúde suplementar. Nesta pesquisa, foi visto que 64% dos profissionais respondentes trabalhavam em instituições públicas, porém tal fato não esteve associado ao conhecimento sobre a CIF, visto que, como apresentado nos resultados, a maioria dos profissionais (70%) afirmou desconhecer esse instrumento produzido pela OMS.

Embora a CIF seja uma classificação compatível com o modelo de saúde vigente, e seu uso, em ternos de mundo e de Brasil, venha sendo encorajado, cada vez mais, nesses 16 anos após sua criação, o presente estudo nos traz dados que constatam uma realidade comum no dia a dia dos serviços de saúde: o desconhecimento dos profissionais acerca dessa classificação, e o fato de que, entre os que afirmaram conhecê-la, a maioria teve seu conhecimento avaliado como precário (87%), o que representa um entrave considerável referente à utilização desse instrumento nos serviços de saúde da região estudada.

Entre os obstáculos à utilização da CIF, em estudo prévio, Farias e Buchalla (2005) observaram que a dificuldade na sua utilização estava relacionada ao fato de ela ser uma classificação recente, complexa e de difícil aplicabilidade. Na prática, a aplicação da CIF pode requerer um tempo elevado, superando muitas vezes o tempo da própria consulta (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Imrie (2004) e Ferreira, Castro e Buchalla (2014) relatam a necessidade de um maior esclarecimento sobre o papel biopsicossocial da CIF e suas implicações, como um princípio para potencializar a sua utilização pelos profissionais, e para orientar o desenvolvimento de políticas em relação às pessoas com deficiências.

Além de fornecer uma linguagem padronizada sobre a saúde e funcionalidade da pessoa, o que facilita a comunicação entre os profissionais de saúde e ser empregada como modelo explicativo das necessidades de saúde, o uso da CIF como ferramenta epidemiológica vem sendo estimulado (CASTRO *ET AL.*, 2016; FERREIRA; CASTRO; BUCHALLA, 2014).

Essa utilização com indicador epidemiológico de funcionalidade e incapacidade reforça a necessidade de instrumentos derivados da CIF, que mantenham sua classificação biopsicossocial, mas que oportunizem a sua aplicação de forma mais objetiva e em menor tempo. Ao mesmo tempo em que as 1.454 categorias que compõem a CIF fazem desta classificação uma ferramenta altamente abrangente, evidenciam sua dificuldade de operacionalização (FERREIRA; CASTRO; BUCHALLA, 2014; RIBERTO, 2011). Este fato pode estar associado à dificuldade encontrada pelos profissionais que participaram do presente estudo para utilizar a CIF de modo prático, uma vez que, dos respondentes que relataram conhecê-la, 70% nunca a utilizaram e tiveram problemas para entendê-la.

Nesse sentido, com vistas a aumentar a adesão ao modelo da CIF e a facilitar o seu processo de aplicação, a OMS publicou, e recomenda, a utilização de instrumentos nela baseados, mas que possuem estrutura mais reduzida, a exemplo dos *core sets*, o *checklist* da CIF, que possui uma estrutura de 125 categorias; o World Health Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0); e o Model Disability Survey (MDS) (CASTRO *ET AL.*, 2016; KOSTANJSEK *ET AL.*, 2011).

A concepção do projeto dos *core sets,* por exemplo, teve por finalidade elencar as categorias da CIF que servem como referências mínimas para a avaliação e a documentação da funcionalidade e da saúde das pessoas, e promover uma aplicação da CIF mais prática e abrangente (CIEZA *ET AL.*, 2016; RIBERTO, 2011).

Já o WHODAS 2.0 foi publicado pela OMS em 2010, e consiste em um instrumento genérico, elaborado a partir de escalas de avaliação consagradas na literatura, para a aferição de funcionalidade e incapacidade, segundo os principais domínios da vida: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida (domésticas, escolares ou de trabalho) e participação social (CASTRO *ET AL.*, 2016; USTUN *ET AL.*, 2010).

As diferenças regionais de formação, produção e utilização do conhecimento ficam demonstradas no presente estudo, ao constatar-se que houve diferença na região federativa onde o profissional fez a sua graduação com ter conhecimento sobre a CIF (p=0,001). Pode-se analisar que, entre os participantes que conhecem a CIF, aqueles que são graduados em instituições da região Sul do País (9%), relataram, em sua totalidade, conhecer a CIF. No entanto, este fato não corrobora um estudo desenvolvido por Ruaro *et al.* (RIBERTO, 2011). O referido estudo analisou o perfil e o panorama da CIF no Brasil, de 2001 a 2011, e observou que, entre as instituições de ensino superior, as que mais publicavam sobre a CIF eram da região Sudeste, destacando-se a Universidade de São Paulo (USP), com 11 publicações, seguida pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com 7 publicações.

Na literatura, existe uma escassez de publicações referentes à CIF relacionada

a profissões de saúde. No presente estudo, verificou-se que os profissionais que mais conhecem a CIF são do núcleo profissional da fisioterapia. Acredita-se que este achado esteja relacionado ao fato de a CIF ter surgido como uma forma de superação da visão de deficiência e estar intimamente relacionada com o processo de reabilitação, que, por sua vez, é um nível de atenção no qual os fisioterapeutas possuem inserção e atuação já consolidada, na identificação de alterações funcionais e no estímulo à funcionalidade. Em nível mundial, os profissionais da reabilitação têm sido os protagonistas da utilização e da produção do conhecimento relacionado à CIF, e alguns trabalhos começam a ser publicados no sentido de orientar os núcleos profissionais sobre como realizar diagnósticos (TORDOYA, 2016) ou como realizar o planejamento terapêutico de forma multiprofissional com base na CIF (RAUCH; CIEZA; STUCKI, 2008).

As limitações consideradas nesta pesquisa referem-se à baixa taxa de resposta ao questionário e ao delineamento de uma amostra de conveniência. Porque o questionário foi enviado pelos conselhos de cada profissão, os pesquisadores não tiveram informações sobre quantos profissionais de fato receberam o *e-mail,* nem sobre o número de profissionais que o receberam e optaram por não participar. Outro fator limitante foi a participação de apenas uma parte dos conselhos de classe do estado do Rio Grande do Norte. Isto pode representar um viés de informação, já que outros profissionais que conhecem e aplicam o instrumento não tiveram a oportunidade de participar do estudo. A pesquisa apresentou, ainda, limitação relacionada ao percentual de resposta. Isso ocorreu devido ao não repasse de dados, por parte dos conselhos relacionados ao quantitativo de profissionais ativos, residentes em Natal, o que dificultou, também, um possível cálculo amostral. Apesar disto, considera-se que os resultados da presente pesquisa podem ser extrapolados para profissionais que estejam no mesmo contexto em que se encontram os respondentes desta coleta.

Conclusões

Mesmo depois de 15 anos da publicação da CIF pela OMS, a maioria dos profissionais que dela pode fazer uso não conhece este importante instrumento de classificação. Tal fato denota a importância de maior divulgação desta ferramenta entre os profissionais da saúde, inclusive durante o processo de formação na graduação, a fim de que sua aplicabilidade e entendimento atinjam as proporções desejadas, contribuindo para a ampliação do modelo de saúde e a universalização da linguagem entre os profissionais.

Em virtude do caráter local do estudo e do baixo quantitativo de respostas, por problemas na comunicação dos conselhos com os seus inscritos, este estudo abre espaço para a realização de outras investigações, de preferência multicêntricas, que objetivem melhor entender o contexto relacionado ao conhecimento e à aplicabilidade da CIF pelos profissionais. ■

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 452, de 10 de maio de 2012. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,* Brasília, DF, 10 maio 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452_10_05_2012.html>. Acesso em: 31 out. 2015.

CASTANEDA, L.; CASTRO, S. S.; BAHIA, L. Construtos de incapacidade presentes na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD): uma análise baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Brasileira de Estudos de População,* Belo Horizonte, v. 31, n. 2, p. 419-429, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v31n2/a09v31n2.pdf>. Acesso em: 31 out. 2015.

CASTRO, S. S. *et al.* Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Brasileira de Epidemiologia,* São Paulo, v. 19, n. 3, p. 679-687, jul./set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n3/1980-5497-rbepid-19-03-00679.pdf>. Acesso em: 31 out. 2015.

CIEZA, A. *et al.* Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disability and Rehabilitation*, Londres, v. 17, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26984720>. Acesso em: 31 out. 2015.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia,* São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2005000200011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 31 out. 2015.

FERREIRA, L. T. D.; CASTRO, S. S.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: progressos e oportunidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 469-474, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>. Acesso em: 31 out. 2015.

FONTES, A.; BOTELHO, A.; FERNANDES, A. A Biopsychosocial Evaluation Method and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). *Educational Gerontology*, [S. l.], v. 40, n. 9, 2014. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03601277.2011.559856>. Acesso em: 31 out. 2015.

IMRIE, R. Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sociology of Health & Illness*. Oxford, v. 26, n. 3, p. 287-305, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15043600>. Acesso em: 31 out. 2015.

KOSTANJSEK, N. *et al.* Assessing the impact of health conditions using the ICF. *Disability and Rehabilitation,* Londres, v. 33, n. 15, p. 1475-82, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20946009>. Acesso em: 31 out. 2015.

NICKEL, R. *et al.* Estudo descritivo do desempenho ocupacional do sujeito com doença de Parkinson: o uso da CIF como ferramenta para classificação da atividade e participação. *Acta Fisiátrica,* São Paulo, v. 17, n. 1, p. 13-7, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103304>. Acesso em: 31 out. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*: CIF. São Paulo: Edusp, 2001.

PRODINGER, B. *et al.* Toward the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Rehabilitation Set: a minimal generic set of domains for rehabilitation as a health strategy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,* Philadelphia, v. 97, n. 6, p. 875-884, 2015. Disponível em: <https://www.

ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26827829>. Acesso em: 31 out. 2015.

RAUCH, A.; CIEZA, A.; STUCKI, G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *European Journal of Physical Rehabilitatioin Medicine,* Torino, v. 44, n. 3, p. 329-342, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18762742>. Acesso em: 31 out. 2015.

RIBERTO, M. Core sets da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem,* Brasília, DF, v. 64, n. 5, p. 938-46, 2011. Disponível em: <http://oaji.net/articles/2015/672-1437164482.pdf>. Acesso em: 31 out. 2015.

SAMPAIO, R. F.; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 475-483, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000300002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 31 out. 2015.

TORDOYA, E. J. J. Guía metodológica para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la discapacidad y de la salud. *Gaceta Médica Boliviana*, Cochabamba, v. 39, n. 1, 46-52, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662016000100011>. Acesso em: 31 out. 2015.

USTUN, T. B. *et al*. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization,* [S. l.], v. 88, p. 815-823, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/11/09-067231/en/>. Acesso em: 31 out. 2015.

VARGUS-ADAMS, J. N.; MAJNEMER, A. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a framework for change: Revolutionizing rehabilitation. J*ournal of Child Neurology,* [S. l.], v. 2, n. 8, p. 1030-1035, 2014. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0883073814533595>. Acesso em: 31 out. 2015.

Recebido para publicação em fevereiro de 2017
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Qualidade de vida de imigrantes brasileiras vivendo em Portugal

Quality of life of Brazilian immigrant women living in Portugal

Eliany Nazaré Oliveira[1], Félix Fernando Monteiro Neto[2], Tamires Alexandre Félix[3], Gleisson Ferreira Lima[4], Paulo César de Almeida[5]

RESUMO O artigo teve como objetivo avaliar a Qualidade de Vida (QV) de brasileiras vivendo em Portugal. O 'Medical Outcomes Study: 36-Item Short Form Survey' (SF-36) e um questionário sociodemográfico foram aplicados à amostra de 682 brasileiras maiores de 18 anos. Verificou-se que a média dos preditores de QV foi superior para a dimensão 'capacidade funcional'; enquanto as dimensões 'aspectos emocionais', 'saúde mental' e 'vitalidade' apresentaram valores menores. Constatou-se que os processos da migração e da QV constituem pauta de investigação contínua para a promoção da saúde no país de acolhimento.

PALAVRAS-CHAVE Qualidade de vida. Imigrantes. Mulheres.

ABSTRACT *This article aims to evaluates the Quality of Life (QoL) of Brazilian women living in Portugal. The 'Medical Outcomes Study: 36-Item Short Form Survey' (SF-36) and a sociodemographic questionnaire were applied to the sample of 682 Brazilian women over 18 years old. The average values for the predictors of QoL were higher for the dimension 'functional capacity'; whereas 'emotional aspects', 'mental health', and 'vitality' showed lower values. It was found that the processes of migration and QoL constitute an agenda of continuous research for health promotion in the hosting country.*

KEYWORDS *Quality of life. Immigrants. Women.*

[1] Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – Sobral (CE), Brasil.
elianyy@hotmail.com

[2] Universidade do Porto – Porto, Portugal.
fneto@fpce.up.pt

[3] Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – Sobral (CE), Brasil.
tamiresafelix@gmail.com

[4] Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – Sobral (CE), Brasil.
gleisson_nega@hotmail.com

[5] Universidade Estadual do Ceará (Uece) – Fortaleza (CE), Brasil.
pc49almeida@gmail.com

DOI: 10.1590/0103-1104201711412

Introdução

Os fluxos migratórios fazem parte da história da humanidade, pois as conquistas, as dominações de povos e as colonizações de novas terras estimulam a movimentação das pessoas. A migração pode ser compreendida como um fenômeno global e multidimensional que requer profundas mudanças. Para Bäckström e Pereira (2012), compreender a questão migratória implica objetivar o que se entende por multicultural e intercultural, considerando a interculturalidade como um desafio capaz de reconhecer e valorizar a diferença. Não basta que as diferentes culturas alcancem uma convivência baseada no respeito mútuo e na solidariedade, mostra-se necessária uma interação significativa entre elas.

A literatura sobre processos migratórios tem indicado que uma parte significativa de indivíduos migra em busca de uma vida melhor, com vistas a uma Qualidade de Vida (QV) muitas vezes inalcançável em seus países de origem (CORREA *ET AL.*, 2015; FRANKEN; COUTINHO; RAMOS, 2012; MARINUCCI, 2016; MEZZADRA, 2015). Indo ao encontro de pesquisas desenvolvidas na França, em Portugal, na Itália e em outros países, tanto europeus como norte-americanos, destaca-se o complexo e variado conjunto de fatores socioeconômicos, psicossociais e familiares observado nos contextos migratórios. Tais fatores afetam efetivamente a saúde, os níveis de estresse, o desenvolvimento e a QV das pessoas e das famílias migrantes, principalmente daquelas oriundas de países em desenvolvimento (RAMOS, 1993, 2004).

O conceito de 'qualidade de vida' é recente e tem sido utilizado muito frequentemente, tanto pela população como pela comunidade científica. Trata-se de tema central nas análises e nas políticas de planejamento e gestão no setor da saúde. Diversas correntes propõem uma definição para esse conceito. Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a QV implica três fóruns de referência:

1. Histórico, ou seja, em determinado momento o desenvolvimento econômico, social e tecnológico de uma sociedade apresenta um parâmetro de QV diferente da mesma sociedade em outro momento;

2. Cultural, isto é, os valores e as necessidades são construídos e hierarquizados de modo diferente pelos povos, revelando suas tradições;

3. Estratificação, ou classes sociais.

Minayo, Hartz e Buss (2000) trazem o debate sobre a QV em relação a essas características mais amplas, polissêmicas, que envolvem o desenvolvimento, a democracia e o modo e estilo de vida, associando a avaliação socioeconômica à saúde das populações.

Pondera-se que a concepção de QV remete a aspectos históricos e culturais e às classes sociais, uma vez que sociedades em diferentes estágios de desenvolvimento econômico, social e tecnológico apresentam valores e necessidades distintas em termos culturais e as diversas estratificações sociais também têm percepções diferentes de QV (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2002) define 'qualidade de vida' como um fenômeno holístico que reúne os recursos sociais, individuais e físicos necessários ao indivíduo para a concretização de seus objetivos e aspirações, bem como para a satisfação de suas demandas em diferentes níveis.

De acordo com Bäckström e Pereira (2012), mesmo havendo inúmeras definições de QV, nenhuma delas é amplamente aceita. O que fica cada vez mais evidente é que não se pode contemplar apenas fatores relacionados com a saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental; outros elementos importantes na vida das pessoas, como trabalho, família, amigos e as circunstâncias do cotidiano, também são relevantes; e a percepção pessoal sempre é primordial.

Naime (2006) alerta que o tema QV e imigração deve ser estudado e discutido em

todas as sociedades atuais, pois os grandes fluxos populacionais se alteram com o surgimento de um grupo novo, geralmente ativo e autônomo, formado pelos imigrantes. Perotti (1997) ressalta que são múltiplos os obstáculos que as minorias étnicas enfrentam para se integrar em uma sociedade e em um universo sociocultural diferente do seu. São dificuldades de natureza material, legal e cultural que o imigrante vivencia na constante busca de uma QV melhor. Isso intensifica a movimentação de pessoas e gera novas formas de mobilidade, novos direcionamentos e novas trajetórias de migração.

Entre os novos movimentos migratórios, encontram-se aqueles que envolvem pessoas com condições necessárias à sua reprodução econômica. Em seus locais de origem, elas já não desempenham o papel de produtores diretos das mercadorias e, mesmo assim, migram em busca de uma vida melhor. A imigração brasileira em Portugal enquadra-se nesse cenário, cada vez mais presente e disseminado, com amplitude em todas as regiões do país e impacto no tecido sociocultural dos locais de acolhimento.

A partir dessa contextualização, a questão de pesquisa foi: Como se apresenta a QV de imigrantes brasileiras que vivem em Portugal, tendo como parâmetro os itens do 'Medical Outcomes Study: 36-Item Short Form Survey' (SF-36)? Dessa forma, o objetivo deste artigo foi avaliar a QV dessas imigrantes brasileiras com base nesse referencial.

Material e métodos

Foram selecionadas para a amostra deste estudo 682 brasileiras maiores de 18 anos que viviam em Portugal há pelo menos 3 meses.

Este estudo adotou como referencial o SF-36, um instrumento genérico de avaliação da QV de fácil administração e compreensão. Ele é formado por uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás e 35 itens, englobados em oito escalas (ou componentes): a) capacidade funcional (10 itens); b) aspectos físicos (4 itens); c) dor (2 itens); d) estado geral de saúde (5 itens); e) vitalidade (4 itens); f) aspectos sociais (2 itens); g) aspectos emocionais (3 itens), e h) saúde mental (5 itens). Avalia tanto os aspectos negativos (doença ou enfermidade) como os positivos da saúde (bem-estar ou QV) (CICONELLI, 1997).

Na avaliação dos resultados, após sua aplicação, atribui-se um escore para cada questão, que posteriormente é convertido em uma escala de 0 a 100, onde 0 corresponde ao pior estado de saúde e 100 ao melhor, com análise isolada de cada dimensão. Propositalmente, não há um único valor que resuma toda a avaliação, que se traduz em um estado geral de saúde melhor ou pior, de modo que, em uma média de valores, evite-se o erro de não identificar os verdadeiros problemas relacionados com a QV e à saúde do entrevistado ou mesmo de subestimá-los (CICONELLI, 1997).

Para a caracterização da amostra, foi adotado um questionário sociodemográfico com os seguintes itens: a) idade; b) estado civil; c) escolaridade; d) filho(s); e) situação no mercado de trabalho; f) tempo de moradia em Portugal; e g) situação de moradia.

Os escores para os domínios do SF-36 obtidos em populações adultas apresentam confiabilidade e validade satisfatórias quando comparados a outros instrumentos de avaliação da QV. Constatou-se que o SF-36 atende aos padrões psicométricos exigidos em relação à qualidade dos dados, pressupostos de escalonamento, confiabilidade e validade como instrumento; suas escalas reproduzem as dimensões físicas e mentais hipotéticas; e os padrões de relações entre os fatores e as escalas são preditivos de suas associações a critérios externos de saúde física e mental. Tudo isso se mostra relevante no contexto desta pesquisa, pois o estado de saúde é um constructo social, e sua avaliação envolve uma compreensão cultural específica da pessoa (LAGUARDIA *ET AL.*, 2011).

Esta pesquisa foi apresentada ao Consulado-Geral do Brasil (na cidade do Porto, em Lisboa e em Faro), à Embaixada do Brasil em Lisboa e à Associação Mais Brasil (AMB). Esses órgãos apoiaram de modo significativo a identificação e abordagem de brasileiras que vivem em Portugal.

A coleta de dados ocorreu de julho a setembro de 2016, e foram instituídas duas modalidades: on-line, por meio da Plataforma LimeSurvey, e presencial, no Consulado-Geral do Brasil (na cidade do Porto e em Lisboa) e na AMB. Para complementar a abordagem on-line, foi criado um grupo no Facebook®: 'Brasileiras que Vivem em Portugal'. O *link* do inquérito do estudo foi disponibilizado nas páginas oficiais das redes sociais da AMB, do Consulado-Geral do Brasil em Faro e da Embaixada do Brasil em Lisboa e no grupo no Facebook® 'Brasileiras que Vivem em Portugal'. A abordagem e identificação presencial foram desenvolvidas no Consulado-Geral do Brasil (na cidade do Porto e em Lisboa) e na AMB, com apresentação da pesquisa no que concerne aos objetivos, ao método adotado e à sua importância social. Em seguida, houve convite para a participação voluntária com vistas ao preenchimento do inquérito. Vale ressaltar que, em ambas as modalidades (on-line e presencial), a participação foi formalizada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão adotados foram: a) mulher brasileira; b) viver em Portugal há mais de três meses; e c) ter mais de 18 anos de idade. Vale destacar que este estudo foi desenvolvido no âmbito de uma pesquisa mais ampla, intitulada 'Estado de saúde e qualidade de vida de imigrantes brasileiras em Portugal', que obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sob o Protocolo nº 1.692.063.

Os dados foram compilados na Plataforma LimeSurvey e processados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24.0. Recorreu-se à estatística descritiva com vistas a identificar o modo como as respostas são distribuídas (MARÔCO, 2011), e a análise de consistência interna da escala teve por bases Cronbach (1951) e DeVellis (1991).

Resultados

A caracterização da amostra revelou, em relação à faixa etária, que 22,1% tinham de 18 a 29 anos; 38,4% tinham de 30 a 39 anos; 23,1% tinham de 40 a 49 anos; e 15,5% tinham de 50 a 76 anos. Quanto ao tempo de residência em Portugal, 20% viviam no país há um ano; 25% entre dois e cinco anos; 29% entre seis e dez anos; e 26% há mais de dez anos.

Tendo em vista o estado civil, 27% eram solteiras; 48% eram casadas; 13% viviam em união de fato; 2% eram separadas; 8% eram divorciadas; e 2% eram viúvas. A análise da nacionalidade dos cônjuges das brasileiras com marido ou companheiro em Portugal levantou os seguintes dados: 57% são portugueses; 37% são brasileiros; 2% são luso-brasileiros; e 4% são de outras nacionalidades, como franceses, angolanos, cabo-verdianos, espanhóis, alemães, britânicos, holandeses ou senegaleses.

Em relação à maternidade, 58,4% tinham filho(s), e 41,6% não tinham. Entre as mães, 45% tinham um filho; 40% tinham dois; 12% tinham três; 2% tinham quatro; e 1% tinha cinco filhos.

Ao considerar o nível de escolaridade, constatou-se que: 5% tinham ensino fundamental incompleto; 5% tinham ensino fundamental completo; 8% tinham ensino médio incompleto; 25% tinham ensino médio completo; 15% tinham ensino superior incompleto; 15% tinham ensino superior completo; e 27% tinham pós-graduação.

Em termos de situação de moradia em Portugal, 69% viviam com sua própria família; 15% viviam sozinhas; 6% viviam com amigos brasileiros; e 10% viviam com uma família portuguesa.

Por fim, a análise da amostra levantou o seguinte quadro no mercado de trabalho: 21% estavam desempregadas; 44% estavam empregadas; 17% eram estudantes; 5% eram tanto estudantes como trabalhadoras; e 13% eram domésticas ou donas de casa.

Na *tabela 1,* apresenta-se de forma detalhada cada item do SF-36 respondido pelas imigrantes brasileiras que vivem em Portugal e sua consistência. O valor do Alfa de Cronbach é superior ao valor de 0,80, pelo que se pode considerar que as 36 variáveis medem de forma adequada uma única dimensão: a QV.

Tabela 1. Correlação item-total e efeito da eliminação de cada item do SF-36 aplicado a imigrantes brasileiras em Portugal

	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach sem o item
Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	0,356	0,941
Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa	0,471	0,940
Levantar ou carregar mantimentos	0,500	0,940
Subir vários lances de escadas	0,521	0,940
Subir um lance de escadas	0,458	0,941
Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	0,524	0,940
Andar mais de 1 km	0,491	0,940
Andar vários quarteirões	0,433	0,940
Andar um quarteirão	0,474	0,941
Tomar banho ou vestir-se	0,257	0,941
Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	0,450	0,941
Realizou menos tarefas do que você gostaria?	0,479	0,940
Esteve limitada no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?	0,473	0,941
Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, necessitou de um esforço extra)?	0,573	0,940
Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?	0,653	0,938
Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu em seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?	0,676	0,938
Em geral, o que você diria sobre sua saúde?	0,496	0,940
Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	0,521	0,940
Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço	0,518	0,940
Eu acho que a minha saúde vai piorar	0,557	0,939
Minha saúde é excelente	0,659	0,938
Por quanto tempo você tem se sentido cheia de vigor, cheia de vontade, cheia de força?	0,730	0,937
Por quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	0,707	0,938
Por quanto tempo você tem se sentido esgotada?	0,704	0,938
Por quando tempo você tem se sentido cansada?	0,714	0,938

Tabela 1. (cont.)

Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais normais, em relação a família, amigos ou grupo?	0,729	0,937
Durante as últimas 4 semanas, por quanto tempo sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (por exemplo, visitar amigos, parentes etc.)?	0,663	0,938
Você diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	0,501	0,940
Realizou menos tarefas do que gostaria?	0,525	0,940
Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	0,529	0,940
Por quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	0,635	0,939
Por quanto tempo você tem se sentido tão deprimida que nada pode animá-la?	0,700	0,938
Por quanto tempo você tem se sentido calma e tranquila?	0,585	0,939
Por quanto tempo você tem se sentido desanimada e abatida?	0,749	0,937
Por quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	0,690	0,938
Em comparação a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral?	0,337	0,941

A *tabela 2* apresenta as nove dimensões agrupadas, e o valor do Alfa de Cronbach é superior ou está próximo do valor de 0,80, pelo que se pode considerar que as variáveis incluídas em cada dimensão medem de forma adequada essa dimensão.

Tabela 2. Consistência interna por itens das dimensões do SF-36 aplicado a imigrantes brasileiras em Portugal

	Alfa de Cronbach	**Número de itens**
1. Capacidade funcional	0,903	10
2. Aspectos físicos	0,837	4
3. Dor	0,818	2
4. Estado geral de saúde	0,793	5
5. Vitalidade	0,868	4
6. Aspectos sociais	0,781	2
7. Aspectos emocionais	0,839	3
8. Saúde mental	0,872	5
9. Mudança do estado de saúde ao longo do tempo	a	1

Nota: a – apenas tem um item. O item b) da questão 11 apresenta correlação negativa com a subescala.

A *tabela 3* converte os resultados mais baixos possíveis e os mais altos possíveis em 0 e 100 respectivamente. Os resultados que se situam entre esses valores representam o percentual total dos resultados possíveis alcançados. Quanto mais elevado o percentual obtido pelo sujeito, melhor será sua QV. Pode-se perceber que a vitalidade 60,6%, saúde mental 66,3% e aspectos emocionais 68,8% são os níveis mais baixos das dimensões.

Tabela 3. Médias dos domínios do SF-36 aplicado a imigrantes brasileiras em Portugal

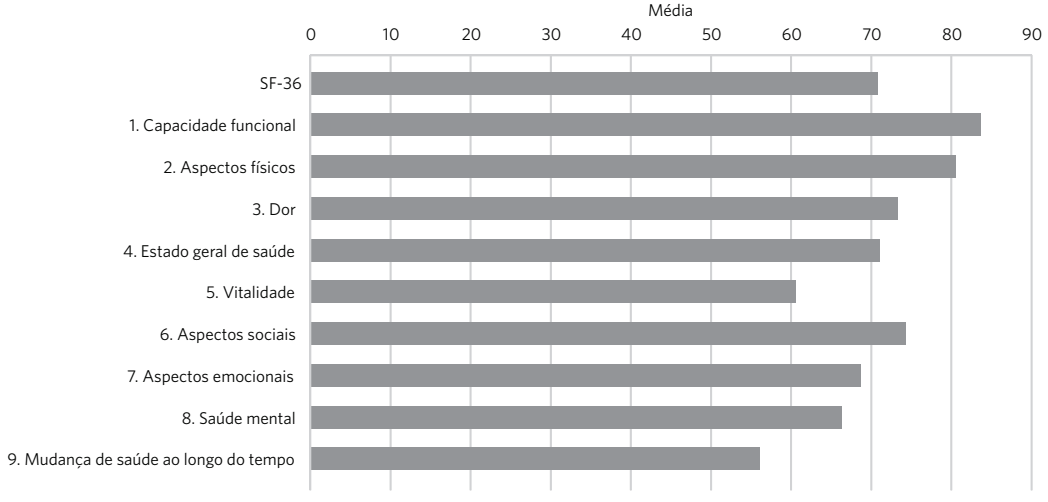
	N	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação	Mín	Máx
SF-36	621	70,9	17,3	24%	8	100
1. Capacidade funcional	670	83,6	18,8	22%	0	100
2. Aspectos físicos	671	80,6	32,3	40%	0	100
3. Dor	673	73,3	23,4	32%	0	100
4. Estado geral de saúde	665	71,1	21,0	30%	0	100
5. Vitalidade	676	60,6	22,8	38%	0	100
6. Aspectos sociais	676	74,3	26,1	35%	0	100
7. Aspectos emocionais	670	68,8	40,2	58%	0	100
8. Saúde mental	667	66,3	21,7	33%	0	100
9. Mudança do estado de saúde ao longo do tempo	679	56,1	22,7	40%	0	100

Nota: Os valores indicados referem-se à escala de medida, entre 0% e 100%.

Verifica-se que a apreciação do estado de saúde, em média, é superior para a dimensão 1, 'Capacidade funcional' (83,6%). Em seguida, têm-se as dimensões 2, 'Aspectos físicos' (80,6%); 6, 'Aspectos sociais' (74,3%); 3, 'Dor' (73,1%); 4, 'Estado geral de saúde' (71,1%); 7, 'Aspectos emocionais' (68,8%); 8, 'Saúde mental' (66,3%); 5, 'Vitalidade' (60,6%); e, por fim, 9, 'Mudança de saúde ao longo do tempo' (56,1%). Todas as dimensões apresentam valor médio superior ao ponto intermédio da escala.

No *gráfico 1*, pode-se observar que o SF-36 apresenta valor médio de 70,9%, com dispersão de valores de 24%. Os valores mínimo e máximo são, respectivamente, 0 e 100%. Observa-se que a distribuição dos valores na escala do SF-36 está concentrada entre 50% e 80% e que todos os valores inferiores a 20% são considerados *outliers*, isto é, casos extremos que saem da distribuição normal.

Gráfico 1. SF-36 e seus respectivos domínios relacionados com a QV de imigrantes brasileiras em Portugal



Discussão

Atualmente, as mulheres migram por motivos diversos: algumas fazem-no por razões econômicas, outras para assegurar a reunificação familiar ou escapar a constrangimentos culturais. No cenário atual de feminização da imigração, as mulheres imigram cada vez mais por sua conta e risco, em busca de emancipação e autonomia pessoal e econômica, não se resignando passivamente perante as múltiplas formas de discriminação de que são alvo, associando-se inclusivamente a outras mulheres com o intuito de chamar a si direitos fundamentais de exercício de cidadania (NEVES *ET AL.*, 2016).

No que se refere à relação entre a QV e a saúde, Ferreira, Diettrich e Pedro (2015) lembram que o ser humano busca indefinidamente a melhoria de suas condições de vida e o máximo de autonomia possível durante toda a sua existência. O processo migratório encontra-se em foco quando o assunto é QV e saúde, pois a maioria das pessoas que migram foi em busca de melhores condições de vida e saúde.

Pegoraro e Caldana (2008) ressaltam que a saúde física e mental feminina é afetada por seu contexto de vida ou por fatores externos, como aspectos socioculturais, legais, econômicos, de infraestrutura ou ambientais. Nesse cenário migratório de brasileiras em Portugal, os determinantes envolvidos no processo saúde doença parecem estar intimamente relacionados com a condição de imigrante.

Embora não tenha sido objeto de análise deste estudo, alguns aspectos da vida dessas mulheres brasileiras em Portugal devem ser levados em consideração, por estarem intimamente relacionados com sua condição de imigrante e, consequentemente, com os aspectos relativos com QV e saúde. Chama-se atenção para o estado civil e, mais especificamente, para a nacionalidade dos cônjuges; tempo de residência no país de acolhimento; número de filhos e destes quantos não estão vivendo com a mãe em Portugal; condições de inserção no mercado de trabalho e a situação de escolaridade. É inegável que todas essas variáveis influenciam de forma efetiva na QV de imigrantes. Recomendam-se estudos que analisem a relação desses aspetos tendo como foco QV e saúde.

Em estudo sobre QV de imigrantes brasileiras em Portugal, os resultados revelaram que as que vivem sozinhas possuem níveis mais baixos de QV e saúde, em relação às que vivem acompanhadas. Morar sozinha parece ser uma condição, que vem crescendo, entre as mulheres que migram em busca de melhores condições de vida. Nesse mesmo estudo, os autores detectaram que as que estão desempregadas possuem mais baixos níveis de QV e saúde em relação às que estão em outra situação laboral ou inseridas de alguma forma no mercado de trabalho (OLIVEIRA *ET AL.*, 2017).

A avaliação dos resultados obtidos por meio do SF-36, aplicado às imigrantes brasileiras que vivem em Portugal, proporciona a seguinte reflexão: as dimensões relacionadas com aspectos emocionais, saúde mental, vitalidade e mudança do estado de saúde ao longo do tempo apresentaram valores mais baixos, o que sugere a existência de condições que limitarão o desenvolvimento efetivo da QV nesse grupo no país de acolhimento.

A invisibilidade das mulheres na imigração foi o maior estímulo para a escolha desse tema de pesquisa, uma vez que poucos estudos enfocam essa população. Segundo Viana (2011), as mulheres devem ser levadas em consideração no desenvolvimento de estratégias da saúde e, também, no campo de investigação, seja devido à sua representatividade nos fluxos (mais da metade da comunidade brasileira), seja devido às questões específicas que são inerentes a elas (maior vulnerabilidade em relação à violência, exploração laboral e sexual).

Um estudo realizado com a comunidade brasileira em Lisboa identificou que o fato de apresentar ou não apresentar sofrimento psicológico esteve relacionado com gênero, longas jornadas de trabalho, doenças crônicas e QV. As mulheres se mostraram mais

vulneráveis quanto aos aspectos emocionais, com índices mais baixos de saúde mental em comparação aos homens (VIANA, 2011).

Em Nante *et al.* (2016), as variáveis gênero, tempo de permanência e qualificação não estão associadas significativamente à QV sob o ponto de vista da saúde entre os imigrantes. Contudo, o efeito é significativo para as variáveis idade, país de procedência, idioma e cidade de acolhimento.

Reis e Ramos (2014), com utilização do World Health Organization Quality Of Life-Bref (WHOQOL-Bref), constataram que homens e mulheres percebem e avaliam sua QV de modos diferentes. Em média, as mulheres avaliaram melhor sua QV, ao passo que os homens avaliaram melhor a satisfação com sua saúde e os domínios físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente.

Imigrantes do sexo feminino na Espanha, ao serem avaliadas com base no SF-36, apresentaram média superior ou igual a 60 em quase todas as dimensões, exceto nas funções físicas e emocionais e na vitalidade, em que os valores foram muito baixos. Esse mesmo grupo apresentou baixos níveis de QV nas dimensões física e emocional e na vitalidade, e foi identificado que se encontravam sob regime de trabalho interno sem contrato laboral e em situação irregular no país (BOVER *ET AL.*, 2015).

Em pesquisa que analisou as diferenças de QV entre adolescentes imigrantes e nativos na Espanha e em Portugal, as mulheres relataram níveis mais baixos de QV do que os homens em termos de bem-estar físico (NUNES *ET AL.*, 2016). Vale ressaltar a diferença entre os papéis tradicionais de gênero em determinadas sociedades, o que pode influenciar na QV e saúde de mulheres. Quanto mais desiguais as relações de gênero, aumenta a possibilidade de submissão, subordinação e todos os tipos de violências, gerando sentimentos negativos e comportamentos incapacitantes. Oliveira *et al.* (2017), em estudo com brasileiras em Portugal, identificou que as que estão morando há mais tempo no País possuem níveis mais adequados de QV e saúde.

Segundo Daher *et al.* (2011), as mulheres apresentaram níveis mais altos de problemas de saúde porque reagem de modo diferente a condições materiais, comportamentais e psicossociais de promoção da saúde. Elas tendem a ser menos empregadas em comparação aos homens e também vivenciam desigualdades em termos de renda e educação. A pontuação mais baixa entre as mulheres também pode ser explicada por variações hormonais, nascimento de filho(s) e o papel desempenhado como mãe e esposa, fatores observados com frequência nos relatos sobre as condições de saúde e a QV de imigrantes do sexo feminino.

De acordo com Pussetti (2010), geralmente a 'invisibilidade social' da experiência migratória é ampliada pelas contradições das políticas migratórias e pelas barreiras burocráticas, que geram perturbações emocionais e patologias mentais nessa população.

Um contraponto sobre a situação e condições de vida de imigrantes deve ser lembrado. De acordo com Neves *et al.* (2016), as mulheres migrantes enfrentam frequentemente situações de discriminação racial, étnica e religiosa, situando-se estas em um espectro que contempla desde formas sutis de exclusão até manifestações públicas de racismo e xenofobia. Se por um lado as mulheres imigrantes procuram ativamente consagrar as conquistas obtidas em termos de direitos, ocupando os diferentes espaços da vida social em igualdade de circunstâncias, por outro, continuam a ver-se confrontadas com barreiras conjunturais que as limitam nas suas escolhas e oportunidades.

Ao identificar que os aspectos emocionais, saúde mental, vitalidade e mudança de saúde ao longo do tempo são as dimensões que estão mais vulneráveis no contexto da QV dessas imigrantes, pode-se supor que a forma como são recebidas e tratadas no país de acolhimento está refletindo diretamente em seus sentimentos e comportamentos.

Alguns estudos realizados, como os de Franken, Coutinho e Ramos (2012), demonstraram a presença de sofrimento psíquico e

adoecimento mental na população de imigrantes, e as mulheres em geral são acometidas em maior proporção do que os homens.

Nesse cenário que envolve a QV e saúde de mulheres brasileiras em Portugal, os aspectos relacionados com a saúde física e mental da população estudada são componentes importantes que merecem intervenção e monitoramento sistemático.

Conclusões

A imigração, por si, não pode ser identificada como determinante de doença, sofrimento psicológico e diminuição da QV. É certo que migrar coloca desafios para o ser humano, ao passo que também pode gerar oportunidades. Nessa perspectiva, este artigo apresenta um diagnóstico preliminar de situações enfrentadas por brasileiras que decidiram viver em Portugal.

As dimensões do SF-36, no que concerne a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e mudança do estado de saúde ao longo do tempo, proporcionam conhecimentos valiosos para a compreensão das formas de vida e sobrevivência no país de acolhimento.

O estudo evidencia as dimensões com os mais baixos percentuais, identificadas como as mais vulneráveis no contexto da QV de imigrantes, estas são: aspectos emocionais 68,8%, saúde mental 66,3%; vitalidade 60,6%; mudança de saúde ao longo do tempo 56,1%. Esses resultados são importantes para investimentos em políticas públicas e para outros estudos com foco nessas dimensões. A saúde física e mental deve ser objeto de intervenção e cuidado, pois o estudo revela que a condição de imigrante brasileira em Portugal enfraqueceu algumas dimensões de sua QV e saúde.

Pode-se apontar como limitações deste estudo o fato de não recorrer a um aprofundamento qualitativo, no qual o contexto e as condições de vida poderiam ser apresentados de modo subjetivo, enriquecendo o diagnóstico apresentado. Esta investigação oferece *insights* sobre os domínios para a mensuração da QV de imigrantes brasileiras em Portugal, já que foram detectados valores menores nas dimensões relacionadas com aspectos emocionais, saúde mental, vitalidade e mudança do estado de saúde ao longo do tempo, apesar de haver necessidade de aprofundamento quanto ao contexto social e às formas de vida.

Sugerem-se estudos qualitativos destinados a informar exatamente quais seriam as circunstâncias que efetivamente incidem na diminuição da QV, no que diz respeito aos aspectos emocionais, saúde mental, vitalidade e mudança do estado de saúde ao longo do tempo. Isso porque cada um desses parâmetros congrega uma quantidade ampla de fatores, o que dificultaria a identificação de pontos em que as políticas públicas de imigração e os processos de acolhimento possam ser aprimorados.

Acredita-se ser fundamental a criação de uma política que tenha por objetivo ações transformadoras voltadas ao fortalecimento da consciência cidadã e coletiva dessas imigrantes brasileiras, gerando melhores condições para o exercício pleno da cidadania no país de acolhimento.

Por fim, sintetiza-se este artigo por meio de uma mensagem de Malheiros (2007, P. 30):

> esperem encontrar, neste trabalho, verdades temporariamente verificáveis, ficando a cargo das investigações posteriores completar, aprofundar ou mesmo refutar o que aqui foi escrito.

Colaboradores

Eliany Nazaré Oliveira participou substancialmente da concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados e escrita da versão final do manuscrito.

Félix Fernando Monteiro Neto contribui de forma efetiva para a concepção, planejamento, análise, interpretação dos dados e escrita do manuscrito.

Tamires Alexandre Félix contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e participou da revisão da versão final do manuscrito.

Gleisson Ferreira Lima participou da coleta de dados e contribuiu para a revisão final do conteúdo do manuscrito.

Paulo César de Almeida realizou o tratamento estatístico dos dados e contribuiu para a revisão final do conteúdo do manuscrito. ■

Referências

BÄCKSTRÖM, B.; PEREIRA, S. C. A questão migratória e as estratégias de convivência entre culturas diferentes em Portugal. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana,* Brasília, DF, v. 20, n. 38, p. 83-100, 2012.

BOVER, A. *et al.* Calidad de vida de trabajadoras inmigrantes latinoamericanas como cuidadoras en España. *Gaceta Sanitaria,* Barcelona, v. 29, n. 2, p. 123-126, 2015.

CICONELLI, R. M. *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida*. 1997. 120 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CORREA, M. A. S. *et al*. Migração por sobrevivência: soluções brasileiras. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana,* Brasília, DF, v. 23, n. 44, p. 221-236, 2015.

CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika,* [S. l.], v. 16, p. 297-334, 1951.

DAHER, A. M. *et al.* Health related quality of life among Iraqi immigrants settled in Malaysia. *BMC Public Health*, Londres, v. 11, p. 407, 2011.

DEVELLIS, R. F. Scale development.: theory and applications. London: Sage, 1991.

FERREIRA, J. S.; DIETTRICH, S. H. C.; PEDRO, D. A. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 792-801, jul./set. 2015.

FRANKEN, I.; COUTINHO, M. P. L.; RAMOS, M. N. P. Representações sociais, saúde mental e imigração internacional. *Psicologia:* Ciência Profissão, Brasília, DF, v. 32, n. 1, p. 202-219, 2012.

LAGUARDIA, J. *et al*. Psychometric evaluation of the SF-36 (v.2) questionnaire in a probability sample of Brazilian households: results of the survey. Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSD), Brazil 2008. *Health and Quality of Life Outcomes*, Londres, v. 9, p. 61, ago. 2011.

MALHEIROS, J. Os brasileiros em Portugal: a síntese do que sabemos. In: MALHEIROS, J. (Ed.). *A imigração brasileira em Portugal*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, 2007. p. 11-37.

MARINUCCI, R. Migrações internacionais e processos comunicacionais. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana,* Brasília, DF, v. 24, n. 46, p. 7-10, jan./abr. 2016.

MARÔCO, J. *Análise estatística com o SPSS Statistics*. 5. ed. Pero Pinheiro: Report Number, 2011.

MEZZADRA, S. Multiplicação das fronteiras e das práticas de mobilidade. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana,* Brasília, DF, v. 23, n. 44, p. 11-30, jan./jun. 2015.

MINAYO, M.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

NAIME, J. O perfil da migração africana. *Conjuntura Internacional,* Belo Horizonte, v. 3, p. 11-16, 2006.

NANTE, N. L. G. *et al*. Quality of life in refugees and asylum seekers in Italy: a pilot study. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità,* Roma, v. 52, n. 3, p. 424-427, 2016.

NEVES, A. S. A. *et al*. Mulheres imigrantes em Portugal: uma análise de gênero. *Estudos de Psicologia,* Campinas, v. 33, n. 4, p. 723-733, out./dez. 2016.

NUNES, C. *et al*. Quality of life of Portuguese and Spanish adolescents. A comparative study between natives and immigrants. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1137-1144, 2016.

OLIVEIRA, E. N. *et al*. Migration, Quality of life and health of brazilian immigrants in Portugal. *International Archives of Medicine,* Bethesda, v. 10, n. 158, p. 1-13, maio 2017.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-94, abr./jun. 2008.

PEROTTI, A. *Apologia do intercultural*. Lisboa: Secretariado Coordenador dos Programas de Educação Multicultural, 1997.

PUSSETTI, C. Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saúde e Sociedade,* São Paulo, v. 19, n. 1, p. 94-113, jan./mar. 2010.

RAMOS, N. *Maternage en milieu portugais autochtone et immigré, de la tradition à la modernité:* une étude ethnopsychologique. 1993. 736 f. Tese. (Doutorado em Psicologia) – Universidade de Paris V, Paris, 1993.

_____. Adaptação, saúde e doença em contexto migratório e intercultural. In: RAMOS, N. (Org.). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta, 2004. p. 239-299.

REIS, L.; RAMOS, N. Adaptação, saúde e qualidade de vida de imigrantes brasileiros residentes na região de Lisboa. In: HITA-YÁÑEZ, E.; DÍAZ-ROMÁN, A.; RAMIRO, M. T. (Org.). *Avances en psicología de la salud*. Granada: Asociación Española de Psicología Conductual, 2014. p. 35-43.

VIANA, V. R. C. *Saúde mental, qualidade de vida e acesso aos cuidados de saúde na comunidade brasileira de Lisboa*. Lisboa: Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Enfermities full attention manual prevailing of childhood (AIEPI) and for studeats:* preliminal version. Genebra: WHO, 2002.

Recebido para publicação em janeiro de 2017
Versão final em junho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Estoque doméstico e uso de medicamentos por crianças no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil

Domestic stock and use of medicines by children in the Jequitinhonha Valley, Minas Gerais, Brazil

Maria Jesus Barreto Cruz[1], Alex Braga Azevedo[2], Emerson Cotta Bodevan[3], Lorena Ulhôa Araújo[4], Delba Fonseca Santos[5]

[1] Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina – Belo Horizonte (MG), Brasil. *maria_enfermagem@yahoo.com.br*

[2] Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Farmácia – Diamantina (MG), Brasil. *alexazevedo11@gmail.com*

[3] Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Faculdade de Ciências Exatas e Tecnológicas, Departamento de Matemática e Estatística – Diamantina (MG), Brasil. *ecbodevan@ufvjm.edu.br*

[4] Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Farmácia – Diamantina (MG), Brasil. *loulhoa@yahoo.com.br*

[5] Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Farmácia – Diamantina (MG), Brasil. *delbafonseca@yahoo.com.br*

RESUMO Avaliaram-se o estoque doméstico e o uso de medicamentos por crianças e adolescentes de 20 municípios do Vale do Jequitinhonha (MG) por meio de estudo tipo inquérito populacional domiciliar. Realizaram-se análise descritiva e testes de associação. Dos 1.237 medicamentos encontrados, 27% estavam em locais de fácil acesso. Não houve associação entre profissões ligadas à área da saúde dos responsáveis com o uso. O grau de instrução ≤ a 4 anos de estudo aparece como de maior risco. As medicações prevalentes foram analgésicos/antipiréticos, antagonista H1 da histamina e antibióticos. Os dados mostram alta prevalência de estoque domiciliar com riscos para crianças, sendo necessárias ações educativas na região.

PALAVRAS-CHAVE Armazenamento de medicamentos. Uso de medicamentos. Prevenção de acidentes. Cuidado da criança.

ABSTRACT *The domestic stock and the drug use by children and adolescents from 20 municipalities of the Vale do Jequitinhonha (MG) were evaluated by means of a population-based domestic survey. Descriptive analysis and association tests were performed. Of the 1.237 drugs found, 27% were in easily accessible places. There was no association between the professions related to the health area of the responsible for the use. The instruction degree ≤ 4 years of study appears to be at higher risk. The prevalent drugs were analgesic/antipyretic, histamine H1 antagonist and antibiotics. The data show a high prevalence of domestic stock with risks for children, and educational actions are required in the region.*

KEYWORDS *Drug storage. Drug utilization. Accident prevention. Child care.*

DOI: 10.1590/0103-1104201711413

Introdução

Os medicamentos são insumos importantes nas ações de saúde, estando inseridos em todas as esferas de atenção, com potencial de aliviar sintomas e curar doenças (MONTEIRO; LACERDA, 2016). Essa ampla inserção, somada à frequência de uso, à facilidade de aquisição e à publicidade, incentiva e colabora para a existência do estoque domiciliar de medicamentos, também denominado 'farmácia caseira' (GASPARINI; GASPARINI; FRIGIERI, 2011), considerado um problema de saúde pública extremamente sério (SCHENKEL; FERNANDÉS; MENGUE, 2005).

A farmácia caseira é composta, basicamente, por medicamentos utilizados no tratamento de sintomas agudos, os de uso contínuo, por sobras oriundas da fácil aquisição, por sobras de tratamentos anteriores, abandono do tratamento, pela aquisição de número maior de doses do que o necessário ou pelos utilizados em automedicação (BUENO; WEBER; OLIVEIRA, 2009). Além de favorecer o desperdício, esse estoque de medicamentos aumenta o risco de exposições tóxicas não intencionais, principalmente em crianças, e intencionais, com agravos à saúde (SCHENKEL; FERNANDÉS; MENGUE, 2005).

Segundo Bond *et al.* (2012), o aumento do número de adultos que usam cinco ou mais medicamentos prescritos pode estar relacionado com os atendimentos e as internações hospitalares de crianças devido a intoxicação. Adicionalmente, em estudo realizado por Pereira *et al.* (2007), observou-se que 56,6% das crianças ou adolescentes que haviam consumido algum medicamento nos 15 dias anteriores à pesquisa o fizeram por automedicação, utilizando, principalmente, os medicamentos disponíveis no domicílio.

Destaca-se, ainda, que muitos dos medicamentos estocados no domicílio estão fora do prazo de validade. O local de guarda também merece uma atenção especial, pois é recomendado que seja seguro e arejado, de forma a manter os medicamentos fora do alcance das crianças, sem exposição à luz, ao calor ou à umidade, na embalagem original, identificados pelo nome comercial, genérico ou pelo princípio ativo e com data de validade e lote (MASTROIANNI *ET AL.*, 2011; SCHENKEL; FERNANDÉS; MENGUE, 2005).

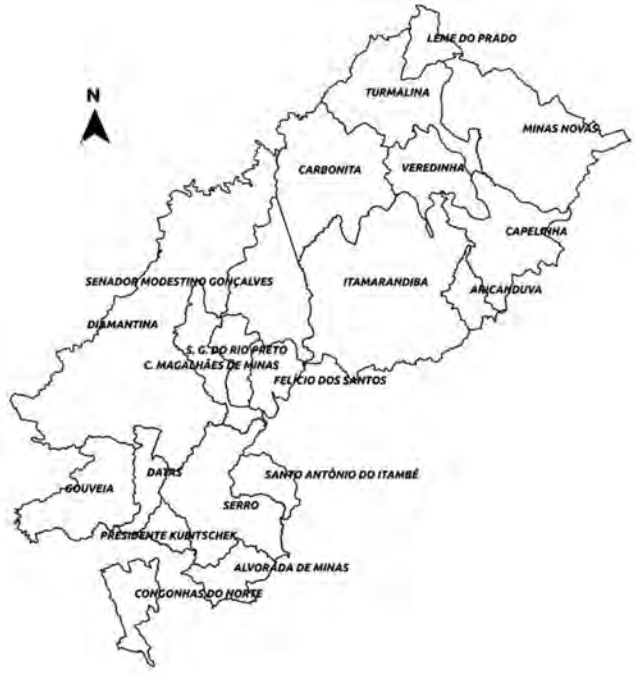
Dessa forma, estudos de utilização de medicamentos são de grande importância, sobretudo na região de estudo, onde existem lacunas de evidências sobre o uso de medicamentos em crianças. O Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, encontra-se em condições de vulnerabilidade, considerando-se os baixos indicadores demográficos e socioeconômicos, Índice de Desenvolvimento Humano de 0,600, insuficiência e assimetria na distribuição da oferta de serviços de saúde e dificuldade de fixação de médicos pediatras (GALVÃO; BODEVAN; SANTOS, 2015). Tais dados alertam para a possibilidade da automedicação, do estoque de medicamentos no domicílio e de outras práticas relacionadas ao uso irracional.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho consistiu em estudar o estoque doméstico e o uso de medicamentos em crianças e adolescentes residentes nessa região, identificando o local de guarda, a classe farmacológica mais utilizada, a forma de acesso e a automedicação.

Material e métodos

Trata-se de um estudo tipo inquérito populacional domiciliar, realizado de 10 de abril a 20 de julho de 2013, em 20 municípios pertencentes ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha (Cisaje), Diamantina, Minas Gerais. A saber: Alvorada de Minas, Aricanduva, Capelinha, Carbonita, Congonhas do Norte, Couto de Magalhães de Minas, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Gouveia, Itamarandiba, Leme do Prado, Minas Novas, Presidente Kubistchek, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves, Serro, Turmalina e Veredinha (*figura 1*).

Figura 1. Mapa da localização dos municípios do estudo



Fonte: Cruz *et al.* (2015).

Os critérios de inclusão dos moradores nas entrevistas foram: ter no domicílio pelo menos um residente com idade menor ou igual a 14 anos e que tivesse consumido pelo menos um medicamento nos últimos 15 dias anteriores à data da entrevista. A entrevista foi realizada exclusivamente com os responsáveis legais, incluindo a vistoria do estoque doméstico de medicamentos. Foram excluídos do trabalho os domicílios onde os responsáveis legais não estavam presentes no momento da entrevista ou se recusaram a concedê-la, quando o domicílio sorteado era um estabelecimento comercial e aqueles onde não havia moradores com idade menor ou igual a 14 anos.

Considerando-se um nível de confiança de 95%, estipulou-se uma amostra de 672 entrevistas domiciliares para as zonas urbanas de cada cidade (erro aceitável de 5,0% para uma amostra infinita). Os domicílios foram selecionados por amostragem hierárquica. Primeiro, estratificou-se, proporcionalmente, por municípios; em seguida, selecionaram-se, aleatoriamente, setores censitários dentro de cada município; e, finalmente, obtiveram-se, aleatoriamente, os domicílios dentro de cada setor censitário selecionado anteriormente, usando-se como unidade de referência os 137 setores censitários urbanos definidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2010). Estimando-se não encontrar o número mínimo de indivíduos, principalmente em bairros centrais, com casas comerciais e antigas, com moradores idosos, foi sorteado um maior número de setores. Para cada setor sorteado, foi impresso um mapa do IBGE (2010), permitindo ao entrevistador encontrá-lo no campo e locomover-se nele, seguindo uma sistemática pré-estabelecida para a seleção dos domicílios. Para esse cálculo,

foram utilizados números do censo demográfico do IBGE (2010), que mostra um total aproximado de 88.936 indivíduos com idade menor ou igual a 14 anos.

Os dados foram coletados por quatro entrevistadores previamente treinados em estudo piloto para a validação da coleta, empregando um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas. A vistoria do estoque doméstico de medicamentos inclui a identificação dos medicamentos pediátricos armazenados, o recipiente e o cômodo de estocagem.

Os participantes que apresentaram 'farmácia domiciliar' foram divididos em dois grupos: automedicação (quando o consumo de medicamento ocorreu sem a orientação de um profissional de saúde) ou prescrição médica (quando o consumo de medicamento decorreu de consulta e prescrição médica para a afecção que motivou o uso). Também foram identificados: o principal cômodo da casa onde os medicamentos estavam estocados (cozinha, dormitório, sala, banheiro, quarto ou outros locais), as profissões dos responsáveis legais ligadas à área da saúde (sim ou não) e o seu grau de instrução (analfabeto/fundamental I, fundamental II, médio ou superior). Os medicamentos utilizados foram divididos em grupos e subgrupos de acordo com a Classificação Anatômico Terapêutico Química (ATC) da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2014).

Para a análise dos dados, realizou-se uma análise descritiva das variáveis, seguida da aplicação dos testes de associação, o Qui-quadrado, de Pearson, e o exato, de Fisher. As análises foram processadas utilizando os programas estatísticos Epi-Info, versão 7.0 (CDC/WHO, Atlanta, GE, EUA); R Development Core Team, versão 2.12.2.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (parecer número 044/11); a população participante foi informada da finalidade do estudo, sendo assinado o termo de consentimento livre e esclarecido pelo responsável.

Resultados

Para a amostra selecionada de 672 indivíduos, 555 preencheram os critérios de inclusão, sendo que a prevalência de estoque de medicamentos no domicílio foi de 56,57%, e, assim, o presente estudo correspondeu à avaliação de 314 farmácias domiciliares.

Foram encontrados 1.237 medicamentos nos domicílios avaliados, uma média de 2,2 por domicílio, dos quais, 27% estavam acondicionados em locais inapropriados, de fácil acesso às crianças pequenas, menores de 6 anos. Os principais locais de armazenamento foram os armários (62,52%) e as caixas e as gavetas não chaveadas (24,68%).

Na *tabela 1*, está apresentada a análise das variáveis exploratórias com relação ao padrão de consumo, a partir da qual foi possível perceber que, no grupo automedicação, os principais cômodos de guarda dos medicamentos foram a cozinha (54,2%), em seguida, o dormitório (35,4%) e, por fim, a sala (10,4%). Para o grupo que utilizou os medicamentos segundo a prescrição médica, constatou-se que o dormitório (45,8%), seguido da cozinha (41,7%), da sala (11,1%), do banheiro (0,9%) e do quarto (0,5%) foram os principais locais de estoque. Também não foi demonstrada associação significativa ao se compararem as profissões dos responsáveis legais ligadas à área da saúde com a utilização de medicamentos pelas crianças e/ou adolescentes. Com relação ao grau de instrução do responsável legal, no grupo automedicação, prevaleceu o ensino médio (40,6%), seguido por analfabeto ou fundamental I (28,2%) e, por fim, fundamental II e superior, com a mesma porcentagem de citações (15,6%). Já no grupo referente ao uso de medicamento mediante prescrição médica, o ensino médio (35,3%) continuou sendo o grupo mais citado, em seguida, o superior (22,5%), o fundamental II (21,6%) e o analfabeto ou fundamental I (20,6%).

Tabela 1. Análise das variáveis exploratórias (principal cômodo de estoque de medicamentos, profissões relacionadas à saúde e grau de instrução dos pais) com relação ao padrão de consumo (automedicação e prescrição médica nos 15 dias precedentes à entrevista e à vistoria da farmácia domiciliar). Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013

Variáveis	Automedicação N=96 %	Prescrição Médica N=218 %	Valor de p
Principal cômodo de estoque dos medicamentos			
Cozinha	54,2	41,7	
Dormitório	35,4	45,8	
Sala	10,4	11,1	
Banheiro	0,0	0,9	
Quarto	0,0	0,5	
Outros locais	0,0	0,0	0,26[2]
Profissões ligadas à área da saúde[3]			
Sim	4,2	2,3	
Não	95,8	97,7	0,46[2]
Grau de instrução do responsável			
Analfabeto/fundamental I	28,2	20,6	
Fundamental II	15,6	21,6	
Médio	40,6	35,3	
Superior	15,6	22,5	0,18[1]

[1] – teste Qui-quadrado; [2] – teste exato de Fisher; [3] – médico, dentista, farmacêutico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, balconista de farmácia e técnico de laboratório de patologia clínica.

Por outro lado, na *tabela 2*, está demonstrado que o grau de instrução menor ou igual a quatro anos do ensino fundamental (razão de chances = 1,51) denotou maior risco de utilização.

Tabela 2. Associação entre a farmácia domiciliar e o uso de medicamento nos 15 dias precedentes à entrevista domiciliar, estimada por regressão logística múltipla. Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013

Variáveis	Razão de Chances	Intervalo de confiança 95%
Grau de instrução do responsável		
Analfabeto / Fundamental I	1,51	0,87 – 2,61
Outros	1,00	-

Na *tabela 3*, estão descritos os principais medicamentos encontrados nas farmácias domiciliares, de acordo com os grupos e os subgrupos da classificação ATC e os padrões de uso pelos grupos estudados. Assim, foi possível notar que os medicamentos do sistema nervoso central apresentaram-se os mais estocados tanto no grupo automedicação quanto no de prescrição médica, sendo os mais citados (49,0% e 33,5%,

respectivamente). Entre eles, o paracetamol foi o mais encontrado (30,2% e 25,2%, respectivamente). Os outros grupos e subgrupos de medicamentos apresentaram diferenças entre os grupos estudados, sendo que, no da automedicação, predominaram os do sistema respiratório (20,8%), sendo os antigripais (18,8%) o subgrupo mais comum; em seguida, aparecem os antagonistas H1 da histamina (19,8%) e os anti-infecciosos (11,5%), ambos para uso sistêmico, sendo a amoxicilina (7,3%) o medicamento mais citado entre os subgrupos; os do sistema músculo-esquelético (10,4%) vieram em seguida, com predomínio do ibuprofeno (7,3%); na sequência, os do trato alimentar e metabólico (3,1%), com destaque para as vitaminas (3,1%); e, por fim, os grupos dos medicamentos utilizados para o sangue e os órgãos e os antiparasitários, inseticidas e repelentes (3,1%), sendo que, neste último grupo, o albendazol (2,1%) foi o medicamento mais mencionado.

No grupo prescrição médica, destacam-se os antagonistas H1 da histamina para uso sistêmico (31,2%); em seguida, os anti-infecciosos para uso sistêmico (30,9%), com predomínio do subgrupo amoxicilina (21,1%); os do sistema respiratório (22%), sendo o subgrupo mais encontrado o dos antigripais (12,4%); após, seguem os do sistema músculo-esquelético (12,4%), sendo o ibuprofeno o mais citado (9,2%); em seguida, os do sangue e órgãos hematopoeiéticos (11,5%); os antiparasitários, inseticidas e repelentes (5,5%), sendo que o albendazol continuou sendo o medicamento mais mencionado (3,7%); e, finalizando, os do trato alimentar e metabólico (2,3%), demonstrando que as vitaminas (11,5%) continuaram sendo o medicamento mais citado pelos entrevistados.

Tabela 3. Principais medicamentos encontrados nas farmácias domiciliares de acordo com os grupos e subgrupos da classificação Anatômica Terapêutica Química (ATC/OMS) e os padrões de uso nos 15 dias precedentes à entrevista domiciliar – Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013

Variáveis	Código ATC	Automedicação N=96 %	Prescrição Médica N=218 %	Valor p[1]
Sistema nervoso central	**N**	**49,0**	**33,5**	
Paracetamol	N02	30,2	25,2	
Dipirona	N02	20,8	13,3	
Ácido acetilsalicílico	N02	3,1	0,6	
Sistema respiratório	**R**	**20,8**	**22,0**	**0,93[1]**
Antigripais	R06	18,8	12,4	
Fenoterol	R03	1,0	6,0	
B_2-agonista adrenérgico	R03	1,0	5,0	
Antagonistas H1 da histamina para uso sistêmico	**R06**	**19,8**	**31,2**	**0,052[1]**
Anti-infecciosos para uso sistêmico	**J**	**11,5**	**30,9**	**<0,001[1]**
Amoxicilina	J01	7,3	21,1	
Sulfametoxazol+trimetoprima	J01	2,1	2,8	
Cefalexina	J01	1,0	5,5	
Azitromicina	J01	1,0	2,3	

Tabela 3. (cont.)

Sistema músculo-esquelético	**M**	**10,4**	**12,4**	**0,76[1]**
Ibuprofeno	M01	7,3	9,2	
Nimesulida	M01	2,1	2,8	
Diclofenaco	M01	1,0	0,9	
Trato alimentar e metabólico	**A**	**3,1**	**2,3**	**0,70[2]**
Antiespasmódico	A03	2,1	1,8	
Dimeticona	A03	1,0	0,5	
Vitaminas	A11	3,1	11,5	0,03[1]
Sangue e órgãos hematopoéticos	**B**	**3,1**	**11,5**	
Sulfato ferroso	B03	3,1	11,5	
Antiparasitários, inseticidas e repelentes	**P**	**3,1**	**5,5**	**0,57[2]**
Albendazol	P02	2,1	3,7	
Mebendazol	P02	1,1	1,8	

[1]– teste Qui-quadrado; [2]– teste exato de Fisher.

Discussão

Evidências científicas mostram que o armazenamento de medicamentos nos domicílios é uma realidade mundial. No presente estudo, a quantidade média de medicamentos por domicílio é inferior quando comparada à encontrada em um estudo realizado no estado do Paraná (MILANEZ *ET AL.*, 2013). Adicionalmente, o estoque doméstico de medicamentos esteve presente em 56,57% dos domicílios visitados, resultado semelhante ao obtido em estudo conduzido por Al Ruwaili *et al.* (2014), na Arábia Saudita, 54,3%, e inferior ao encontrado em um estudo realizado na Sérvia, segundo o qual havia medicamentos no ambiente doméstico entre 89,8% da população urbana e 89% da população rural (KUSTURICA *ET AL.*, 2012).

No Brasil, as pesquisas comprovaram a existência da 'farmácia caseira' em diversas regiões do País, tal qual em 91,6% dos domicílios no estado do Rio Grande do Sul (BUENO; WEBER; OLIVEIRA, 2009), 93,5% em Minas Gerais (RIBEIRO; HEINECK, 2010) e 91,1% no Amazonas (LUCAS *ET AL.*, 2014). Nesse contexto, guardar os medicamentos em domicílio parece ser uma prática bem comum e até mesmo um costume inevitável. Esse achado pode refletir que um melhor acesso aos medicamentos não garante o seu uso racional, uma vez que o estudo realizado por Mastroianni *et al.* (2011) mostrou que um em cada quatro usuários faz uso inadequado de medicamentos.

Diante desses resultados, cabe ressaltar que, na região de estudo, o armazenamento dos medicamentos foi inferior quando comparado ao de outras cidades brasileiras, devido ao fato de o acesso ocorrer, preferencialmente, por meio das farmácias do sistema público de saúde. Em consequência disso, o uso do medicamento prescrito em crianças foi superior ao da automedicação.

Verificou-se, também, que os principais locais de guarda dos medicamentos foram a cozinha e o dormitório. Esses dados se assemelham aos encontrados por Schenkel *et al.* (2005), segundo os quais o principal cômodo de estoque foi a cozinha, provavelmente, pela acessibilidade do local e pela presença de líquidos e utensílios domésticos, como

colheres para medida de líquidos e suspensões, que auxiliam na tomada do medicamento, e por ser o local mais frequentado nas residências.

É importante destacar que o armazenamento de medicamentos pode apresentar variações no que se refere ao cômodo preferencial, entretanto, no presente estudo e em outros realizados no Sul do Brasil (MILANEZ; STUTZ; ROSALES, 2013; SCHENKEL; FERNANDÉS; MENGUE, 2005;), a cozinha foi o principal cômodo de armazenamento, possivelmente refletindo aspectos culturais.

De forma específica, neste estudo, a cultura de estocagem doméstica dos medicamentos apresenta aspectos multifatoriais, que compreendem questões como a dificuldade e a escassez de atendimentos médicos, assim como o histórico de pobreza da região, que induz guardar o medicamento para si, para o amigo, parente ou conhecido numa futura situação de necessidade. E, por fim, o incentivo da propaganda pela indústria farmacêutica largamente difundida na sociedade brasileira como um todo (GASPARINI; GASPARINI; FRIGIERI, 2011).

O costume de guardar os medicamentos na cozinha e no banheiro pode determinar riscos de alterações físico-químicas por exposição a fontes de calor, frio, umidade e luz solar, além dos riscos de contaminação por produtos químicos e saneantes (MILANEZ *ET AL.*, 2013).

Além do mais, o estoque domiciliar de medicamentos pode estar relacionado às intoxicações, principalmente, as acidentais, e, por isso, deve ser mais criterioso, sobretudo em residências com crianças (BECKHAUSER; VALGAS; GALATO, 2012). Conjuntamente, segundo a Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica, do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sintox), o medicamento é o principal agente causador de intoxicação em crianças com menos de 5 anos de idade (FIOCRUZ, 2012), aspecto fundamental a ser considerado, uma vez que, no presente estudo, verificou-se que os medicamentos estavam armazenados em recipientes pouco seguros e de fácil acesso, como em caixas de papelão.

Verificou-se, ainda, que houve associação entre o consumo de medicamentos e a escolaridade dos responsáveis legais, achado esse que pode denotar a importância da instrução de pais ou responsáveis sobre a saúde da criança. De acordo com estudo realizado por Santos, Tejada e Ewerling (2012), as mães com maior nível de escolaridade tendem a um melhor entendimento do estado geral da saúde do filho, bem como identificam com mais cuidado os fatores de risco, favorecendo melhores níveis de saúde.

Os dados do presente estudo também demonstraram que a porcentagem de responsáveis legais com grau de instrução elevado (ensino superior) que ofertavam medicamentos prescritos a crianças ou adolescentes foi maior, embora com pouca diferença daqueles com a mesma instrução que realizaram a automedicação. Comportamento inverso a essa prática foi mais comum entre aqueles com grau de instrução analfabeto ou fundamental I, em que a maior parte dos pesquisados referiu estocar medicamentos adquiridos sem prescrição.

No que se refere aos medicamentos encontrados na farmácia domiciliar, destacam-se os analgésicos/antipiréticos, o antagonista H1 histamina, os antibióticos de uso sistêmico e os anti-inflamatórios. Considerando o amplo consumo de paracetamol na infância, estudos afirmam que ainda é incerta a incidência de hepatoxicidade na população pediátrica, mas a exposição a essa medicação constitui um risco (RIVERA-PENERA *ET AL.*, 1997). Nessa circunstância, Bond *et al*. (2012) afirmam que o armazenamento domiciliar torna disponível a ingestão da criança, contribuindo para o aumento das internações por intoxicação. Assim, fica clara a necessidade de vigilância dessa terapia nas farmácias públicas, uma vez que, segundo pesquisa realizada na Espanha, foi comprovada a incidência de intoxicações por antipiréticos orais em crianças com até 14 anos de idade,

dado que 11% das intoxicações ocorreram devido ao paracetamol, dos quais, 9,4% foram graves (CONEJO MENOR; LALLANA DUPLA, 2002).

De forma específica neste estudo, os analgésicos foram os mais consumidos por automedicação, e diversos fatores podem ter contribuído para tal fato, entre os quais, a facilidade de aquisição, já que, por serem de venda livre, são, muitas vezes, utilizados antes mesmo da consulta ao prescritor (MILANEZ *ET AL.*, 2013); e, também, a falta de profissionais de saúde e sua intensa migração na região, em especial, do enfermeiro, do farmacêutico e do médico.

Também é fundamental a vigilância com relação aos medicamentos anti-histamínicos, que têm se tornado alvo de pesquisas devido à sua expressiva utilização e aos relatos de efeitos adversos. Em pesquisa realizada na Holanda, ficou evidente a relação entre o uso de anti-histamínicos sistêmicos com convulsões e distúrbios de comportamento, como a hiperatividade e a agressão, além de uma associação com sonolência, dores de cabeça e erupções cutâneas em crianças (DE VRIES; VAN HUNSEL, 2016).

No presente trabalho, os antibióticos para uso sistêmico constituíram o terceiro principal grupo de medicamentos armazenados, resultado semelhante ao encontrado por Pereira *et al.* (2007), em que corresponderam ao segundo maior consumo. De acordo com os resultados deste estudo, a amoxicilina foi o antibiótico mais prevalente, tanto por prescrição médica quanto por automedicação, sendo que, segundo as indicações para o uso de antibióticos, a automedicação foi realizada, principalmente, para o tratamento dos sintomas respiratórios, como garganta, tosse e resfriados.

Todos os medicamentos majoritariamente presentes nos domicílios estudados são considerados como de primeira escolha para tratamento das afecções triviais na infância (MORAES *ET AL.*, 2013), compondo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e sendo prescritos nas unidades básicas de saúde e distribuídos nas farmácias básicas (COELHO *ET AL.*, 2013). A disponibilização de medicamentos essenciais aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) atende à Política Nacional de Medicamentos (PNM), que prioriza a promoção do uso racional e a assistência farmacêutica, sendo um fator diferenciador na qualidade dos serviços de saúde (MONTEIRO; LACERDA, 2016).

Embora a Rename represente um grande avanço para a atenção a saúde no Brasil, de acordo com Coelho *et al.* (2013), ainda existe falta de medicamentos essenciais em formulações adequadas para crianças quando se compara com a Lista de Medicamentos Essenciais para Crianças elaborada pela OMS (LMEC de 2011). Tal lista constitui uma ferramenta a ser adaptada de acordo com as necessidades e circunstâncias de cada país, por meio da listagem de medicamentos e formulações pediátricos, evitando adaptação e fracionamento de doses, o que confere um alto risco (COELHO *ET AL.*, 2013).

Seja por automedicação ou por prescrição, o uso desses medicamentos evidencia a necessidade de ações de farmacoepidemiologia e farmacovigilância na região. Essas ações podem ser favorecidas pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS), que propõem a prestação de assistência contínua, atendendo às especificidades de cada população, com menor custo e qualidade desejável, além de se responsabilizarem pelos resultados sanitários dessa população (VERMELHO; VELHO, 2016).

É oportuno destacar que esta pesquisa foi realizada no período do inverno, quando ocorre maior incidência de doenças do aparelho respiratório, sendo, portanto, fundamental que os profissionais de saúde orientem as famílias que procuram os serviços de saúde sobre os riscos de utilizar os medicamentos armazenados no domicílio sem prévia consulta médica e orientação.

Conclusões

Este estudo identificou as principais características das farmácias domiciliares

das famílias com crianças de 0 a 14 anos, encontrando elevada prevalência de armazenamento e estoque inadequados nas residências, denotando risco de intoxicações, sobretudo em crianças pequenas. O grau de instrução dos responsáveis chamou a atenção, já que representa risco para as crianças a utilização de medicamentos por responsáveis analfabetos ou com pouca instrução. Observou-se, também, que os principais medicamentos encontrados são aqueles considerados essenciais, prescritos e distribuídos no serviço público de saúde. Esta pesquisa foi inédita na região e proporcionou informações importantes para o desenvolvimento de ações específicas na área de utilização de medicamentos, disponibilizando ao Cisaje dados que auxiliam na avaliação da assistência prestada aos usuários dos diversos municípios. Além disso, os dados coletados servem como incentivo para realização de novas pesquisas na região, que permitam esclarecer de forma mais profunda os resultados obtidos; e, por fim, podem ser utilizados como subsídio para o desenvolvimento imediato de ações educativas orientadas aos profissionais de saúde e aos usuários, favorecendo a promoção de conhecimentos mais direcionados aos riscos da utilização inadequada e do estoque de medicamentos.

Adicionalmente, é fundamental a realização de estudos prospectivos na região do Vale do Jequitinhonha pelas farmácias públicas para determinar as taxas de intoxicação, reações adversas e resistência microbiana, que são altamente recomendados pelas políticas de medicamento. As principais limitações do presente estudo referem-se à possibilidade de viés de informação sobre as condições de armazenamento e uso dos medicamentos por automedicação e prescrição, uma vez que a maioria foi obtida por relato da mãe.

Colaboradores

M. J. B. Cruz e D. F. Santos participaram da concepção geral, da análise de dados, da discussão dos resultados e da redação final do artigo.

A. B. Azevedo, E. C. Bodevan e L. U. Araújo participaram da análise de dados, da discussão dos resultados e da redação final do artigo. ■

Referências

AL RUWAILI, N. *et al*. Do parents in Saudi Arabia store medications safely? *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine,* [S. l.], v. 1, n. 1, p. 21-25, 2014. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352646714000076?via%3Dihub>. Acesso em: 2 jan. 2017.

BECKHAUSER, G. C.; VALGAS, C.; GALATO, D. Perfil do estoque domiciliar de medicamentos em residências com crianças. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada,* Araraquara, v. 33, n. 4, p. 583-589, 2012.

BOND, G. R.; WOODWARD, R. W.; HO, M. The growing impact of pediatric pharmaceutical poisoning. *The Journal of Pediatrics*, St. Louis, v. 160, p. 265-270, 2012.

BUENO, C. S.; WEBER, D.; OLIVEIRA, K. R. Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí – RS. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada,* Araraquara, v. 30, n. 2, p.75-82, 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1808-4532/2009/v30n2/a011.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2017.

COELHO, H. L. *et al*. A critical comparison between the World Health Organization list of essential medicines for children and the Brazilian list of essential medicines (Rename). *Jornal de Pediatria,* Rio de Janeiro, v. 89, p. 171-178, 2013.

CONEJO MENOR, J. L.; LALLANA DUPLA, M. T. Antipyretic poisoning. *Anales Españoles de Pediatría*, Barcelona, v. 56, n. 4, p. 318-323, 2002.

CRUZ, M. J. B. *et al*. Uso de plantas medicinais por famílias do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Infarma–Ciências Farmacêuticas,* Brasília, DF, v. 27, n. 1, p. 38-48, 2015.

DE VRIES, T. W.; VAN HUNSE, L. F. Adverse drug reactions of systemic antihistamines in children in the Netherlands. *Archives of Disease Childhood*, Londres, v. 1, p. 1-3, 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Sistema Nacional De Informações Tóxico-Farmacológicas. *Casos Registrados de Intoxicação Humana e Envenenamento*. 2012. Disponível em: <http://sinitox.icict.fiocruz.br/dados-nacionais>. Acesso em: 25 fev. 2016.

GALVÃO, L. E.; BODEVAN, E. C.; SANTOS, D. F. Análise da distribuição geográfica dos serviços de saúde no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. H*ygeia,* Uberlândia, v. 11, p. 20, n. 32, p. 44, 2015.

GASPARINI, J. C.; GASPARINI, A. R.; FRIGIERI, M. C. Estudo do descarte de medicamentos e consciência ambiental no município de Catanduva-SP. C*iência & Tecnologia,* Jaboticabal, v. 2, n. 1, p. 38-51, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). P*opulação e Domicílios:* Censo 2010 com Divisão Territorial 2001, Minas Gerais. Brasil, 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://downloads.ibge.gov.br/downloads.htm>. Acesso em: 2 out. 2011.

KUSTURICA, M. P. e*t al*. Storage and disposal of unused medications: knowledge, behavior, and attitudes among Serbian people. I*nternational Journal of Clinical Pharmacy,* Dordrecht, v. 34, n. 4, p. 604-610, 2012.

LUCAS, A. C. S. e*t al*. Estoque domiciliar e consumo de medicamentos entre residentes no bairro de Aparecida, Manaus – Amazonas. R*evista Brasileira de Farmácia, R*io de Janeiro, v. 95, n. 3, p. 867-888, 2014. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/645---Estoque--domiciliar-e-consumo-de-medicamentos-entre--residentes-no-bairro-de-Aparecida,-Manaus.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2017.

MASTROIANNI, P. C. e*t al*. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. R*evista Panamericana de Salud Publica,* Washington, v. 29, n. 5, p. 358-364, 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n5/a09v29n5.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2017.

MILANEZ, M. C. e*t al*. *A*valiação dos estoques domiciliares de medicamentos em uma cidade do Centro-Sul do Paraná. R*evista de Ciências Médicas e Biológicas,* Salvador, v. 12, n. 3, p. 283-289, 2013.

MONTEIRO, E. R.; LACERDA, J. T. Promoção do uso racional de medicamentos: uma proposta de modelo avaliativo da gestão municipal. S*aúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 101-116, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0101.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2017.

MORAES, C. G. e*t al*. Drug use among children between zero and six years old: a population baseline study in the south of Brazil. C*iência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3585-3593, 2013.

PEREIRA, F. S. e*t al*. Self-medication in children and adolescents. J*ornal de Pediatria, R*io de Janeiro, v. 83, p. 453-458, 2007.

RIBEIRO, M. A.; HEINECK, I. Estoque domiciliar de medicamentos na comunidade ibiaense acompanhada pelo Programa Saúde da Família, em Ibiá-MG, Brasil. S*aúde e Sociedade,* São Paulo, v. 19, p. 3, n. 653-663, 2010.

RIVERA-PENERA, T. e*t al*. Outcome of acetaminophen overdose in pediatric patients and factors contributing to hepatoxicity. J*ornal de Pediatria,* Rio de Janeiro, v. 130, p. 300-304, 1997.

SANTOS, A. M. A.; TEJADA, C. A. O.; EWERLING, F. Os determinantes socioeconômicos do estado de saúde das crianças do Brasil rural. R*evista de Economia e Sociologia Rural,* Brasília, DF, v. 50, n. 3, p. 473-492,2012.

SCHENKEL, E. P.; FERNANDÉS, L. C.; MENGUE, S. S. Como são armazenados os medicamentos nos domicílios?*Acta Farmacéutica Bonaerense, B*uenos Aires, v. 24, p. 266-270, 2005.

VERMELHO, S. C. S. D.; VELHO, A. P. M. Implantação da Vigilância em Saúde: desafios para as Redes de Atenção à Saúde. V*igilância Sanitária Debate,* Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 123-131, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). C*ollaborating Centre for Drug Statistic Methodology. 2*014. Disponível em: <http://www.whocc.no/atc_ddd_index/1_2013guidelines.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2014.

Recebido para publicação em janeiro de 2017
Versão final em junho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: este estudo foi financiado pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig – Processo nº CDS-APQ-02522-11)

Conflitos éticos em um inquérito populacional em saúde bucal

Ethical conflicts in a population survey on oral health

Flávia Reis de Andrade[1], Paulo Capel Narvai[2], Miguel Ângelo Montagner[3]

RESUMO O objetivo deste estudo foi identificar e analisar conflitos éticos presentes nas escolhas e decisões no contexto da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010). Trata-se de estudo qualitativo, cujos dados foram coletados por meio de entrevista com 12 membros do Grupo Gestor e do Comitê Técnico Assessor do Ministério da Saúde, além de dois coordenadores. Empregou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Foram identificadas cinco ideias centrais. Os conflitos éticos analisados neste estudo se referiram, essencialmente, aos profissionais de saúde incumbidos da coleta de dados, como a divergência do dever laboral versus a autonomia profissional.

PALAVRAS-CHAVE Inquéritos epidemiológicos. Ética. Saúde bucal. Coleta de dados. Gestor de saúde.

ABSTRACT *The purpose of this paper was to identify and analyze ethical conflicts present in the choices and decisions in the context of the National Survey of Oral Health (2010 SBBrasil). This is a qualitative study, whose data were collected through an interview with 12 members from the Managing Group and from the Advisory Technical Committee of the Health Ministry, in addition to two coordinators. The Collective Subject Discourse technique was used. Five main ideas were identified. The ethical conflicts analyzed in this paper referred, essentially, to health professionals in charge of data collection, such as the divergence of work duty versus professional autonomy.*

KEYWORDS *Health surveys. Ethics. Oral health. Data collection. Health manager.*

[1] Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ceilândia (FCE) – Ceilândia (DF), Brasil.
flaviaandrade@unb.br

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

[3] Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ceilândia (FCE) – Ceilândia (DF), Brasil.
montagner@unb.br

DOI: 10.1590/0103-1104201711414

Introdução

A ausência de coerção, ressalvadas as previstas em lei, constitui um pressuposto ético das ações humanas, notadamente nas práticas profissionais, incluindo a saúde. Valls (2013) considera que isso é indispensável para assegurar plena liberdade de pensamento, decisão e ação. Em decorrência, não haveria ética sem liberdade. Contudo, a liberdade necessária à ética não é absoluta, pois há 'limitantes éticos' constituídos por valores que devem ser considerados no processo de tomada de decisão, como a prudência e a solidariedade (HOSSNE, 2007). A prerrogativa de poder escolher impõe ao ser humano o ônus de ter de lidar, frequentemente, com conflitos éticos cujas soluções não estão descritas em códigos de conduta. Desse modo, a existência de duas ou mais opções implica assumir posição, isto é, fazer escolhas. A liberdade de escolher dá origem à responsabilidade (VALLS, 2013).

De acordo com Gracia (2001), os conflitos éticos podem ser concebidos como dilemas ou como problemas. Para o autor, o dilema é característico das situações em que é preciso escolher entre dois cursos de ação mutuamente excludentes, ou seja, entre duas alternativas antagônicas. Em contrapartida, o problema é uma 'questão aberta' cuja solução não está dada, mas necessita ser construída. Em outras palavras, não se trata de fazer uma escolha entre duas ou mais possibilidades, certas e erradas, mas de elaborar uma resposta que seja considerada correta.

Embora a Lei Federal nº 8.080/90 fixe (Art. 7º, VII) que a "utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática" é "um princípio" que deve reger a execução das "ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)" (BRASIL, 1990, N. P.), gestores e profissionais do SUS podem considerá-lo ou não frente a alguma situação concreta, tendo em vista a necessidade de, simultaneamente, considerar as implicações de outros princípios e determinações na referida situação. A ética reside justamente nessa possibilidade de decidir, em que profissionais estão imersos, seja para lidar com situações tidas como simples, seja para enfrentar situações complexas. A análise da situação de saúde é imprescindível para o adequado planejamento de ações de prevenção e controle dos problemas de saúde, uma vez que a identificação do problema é necessariamente o primeiro passo a ser dado (AMARO, 2008). Para tanto, admite-se que utilizar os instrumentos epidemiológicos é essencial, sendo os inquéritos populacionais de saúde um desses instrumentos. Considerando, porém, que não é mandatório fazer uso da epidemiologia em todas as situações, no contexto do planejamento e da gestão da saúde pública, os tomadores de decisão se veem, muitas vezes, frente a duas alternativas, mas apenas uma delas é eticamente aceitável. Assim, utilizar ou não instrumentos e demais recursos da epidemiologia dá origem a um conflito, mais especificamente, a um dilema ético.

Por quatro vezes, o Ministério da Saúde (MS) optou pela alternativa ética de utilizar inquéritos de base populacional para conhecer as condições de saúde bucal da população brasileira, sendo a primeira em 1986, e a última em 2010. O projeto técnico do inquérito nacional de saúde bucal mais recente, denominado Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010), começou a ser elaborado em 2009 pelo Comitê Técnico Assessor para estruturação e implantação da estratégia de Vigilância em Saúde Bucal (CTA-VSB), do MS. Naquela ocasião, os membros do CTA-VSB tiveram de escolher uma das seguintes opções: a) contratar um instituto de pesquisa para realizar a coleta dos dados; ou b) incorporar as unidades do serviço público de saúde, ou seja, as unidades do SUS, no inquérito. Não havia objeção ética a uma ou outra dessas alternativas, sendo ambas igualmente admissíveis.

Mediante esse problema ético, no sentido acima estabelecido, decidiu-se que as equipes de campo seriam formadas pelos próprios profissionais do SUS, uma vez que essa experiência poderia contribuir para a formação em epidemiologia das equipes locais que viessem a participar da pesquisa. Como consequência dessa decisão, centenas de trabalhadores do SUS realizaram exames domiciliares em 177 municípios, de diferentes portes demográficos, em todas as macrorregiões brasileiras (RONCALLI *ET AL.*, 2012). O SBBrasil 2010 se constituiu, então, em um estudo multicêntrico coordenado pelo MS, com participação substantiva de secretarias estaduais e municipais de saúde. Em todas as etapas do SBBrasil 2010, desde a decisão por sua realização até a publicação dos dados, os envolvidos tiveram de fazer escolhas. Com base nas características do SBBrasil 2010, o objetivo deste estudo foi identificar e analisar conflitos éticos presentes nas escolhas e decisões no contexto dessa investigação científica multicêntrica, tendo em vista possíveis implicações para inquéritos populacionais de saúde com características similares.

Material e métodos

Este estudo faz parte de uma pesquisa sobre problemas e dilemas éticos que surgiram no SBBrasil 2010, realizada com gestores desse inquérito. Trata-se de pesquisa do tipo qualitativa, em que os dados foram coletados por meio de entrevista individual, com roteiro semiestruturado, com integrantes do Grupo Gestor (GG) do inquérito. Cabe esclarecer que, no SBBrasil 2010, cada unidade federativa ficou a cargo de um dos oito Centros Colaboradores do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (Cecol), existentes à época. Os Cecol designaram responsáveis pela execução da pesquisa, os quais constituíram o GG.

Os integrantes do GG, composto por dez pessoas, foram escolhidos como informantes-chave neste estudo por terem atuado no trabalho de campo, que é, por sua própria natureza, a etapa do inquérito mais favorável à ocorrência de eventos de cunho ético. Os primeiros entrevistados foram identificados no relatório final do SBBrasil 2010, pois contém nomes e instituições dos participantes do GG. Utilizou-se, ainda, a técnica 'bola de neve'. Dessa forma, solicitava-se a indicação de possíveis participantes da pesquisa ao final de cada entrevista com os membros do GG.

Do total de integrantes do GG, dois não haviam sido incluídos na relação inicial de entrevistados devido às características de suas atribuições. Por serem, na ocasião, representantes da Coordenação Geral de Saúde Bucal e da Coordenação Geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis do MS, deram um suporte mais institucional e não participaram diretamente do trabalho de campo. No entanto, o nome de um deles foi bastante citado na técnica 'bola de neve' e, por isso, foi incluído neste estudo. Membros do CTA-VSB e coordenadores estaduais e municipais do inquérito também foram mencionados.

Entrevistaram-se 14 indivíduos de 11 estados e do Distrito Federal – Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Santa Catarina e São Paulo. Nove deles fizeram parte do GG e três do CTA-VSB. Além disso, participaram do estudo dois coordenadores, um estadual e outro municipal. Houve uma recusa. As entrevistas, que foram gravadas e transcritas, ocorreram em local, data e horário escolhidos pelos entrevistados. O roteiro foi composto por cinco perguntas abertas. Este estudo analisa uma delas, formulada nos seguintes termos: 'Ao longo da sua participação no Projeto SBBrasil 2010, você vivenciou ou ouviu falar de alguma situação que, na sua concepção, pode ser considerada um dilema ético?'. As demais questões do roteiro foram objeto de análise em outros artigos.

Lefèvre e Lefèvre (2003) assinalam a necessidade de que todo roteiro seja primeiramente testado em uma população similar à que será entrevistada. Conforme mencionado, inicialmente, apenas oito componentes do GG foram considerados participantes da pesquisa. Além disso, as questões do roteiro contemplavam assuntos que não são de conhecimento abrangente, mas restrito a esse grupo de especialistas. Tendo em vista o tamanho e as peculiaridades da população estudada, considerou-se a realização do pré-teste do instrumento de coleta de dados com os dois primeiros entrevistados metodologicamente apropriada, sendo que eles foram incluídos como participantes da pesquisa. Essa opção encontra respaldo na exigência de, em pesquisa desse tipo, garantir a presença da totalidade de opiniões possíveis sobre o problema pesquisado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2010).

Para análise dos dados, empregou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que, baseada na Teoria das Representações Sociais, preconiza agrupar os discursos dos participantes da pesquisa com o intuito de expressar o pensamento de uma coletividade. As etapas do DSC foram realizadas na sequência estabelecida por Lefèvre e Lefèvre (2003): 1) Análise individualizada das questões constituintes do roteiro por meio da elaboração de Instrumentos de Análise de Discurso (IAD), sendo um IAD para cada pergunta; 2) Identificação das expressões-chave, ou seja, de trechos dos depoimentos que comportam a essência do conteúdo discursivo; 3) Elaboração de conjuntos semanticamente similares ou complementares de expressões-chave, nomeando-os com Ideias Centrais; e 4) Elaboração do DSC, definido como um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas expressões-chave que possuem a mesma ideia central. O projeto deste estudo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 007/12.

Resultados

Dos 14 entrevistados, oito eram do sexo feminino. Com relação ao vínculo profissional na ocasião da coleta dos dados, a maioria atuava em instituições de ensino superior (n=8). Os demais trabalhavam em secretarias estaduais ou municipais de saúde (n=5) e no MS (n=1). Dez entrevistados relataram experiência na realização de inquéritos populacionais, na área de saúde bucal ou não, no âmbito de serviços públicos de saúde.

O conjunto de respostas resultou em 11 Ideias Centrais (IC), das quais cinco são abordadas neste estudo: A) O retorno imediato para a população no sentido de orientar ou encaminhar para solucionar os problemas identificados; B) A consulta pública foi muito interessante na questão da ética; C) O modo como foi realizada a escolha dos profissionais; D) Os coordenadores precisavam convencer as equipes a conduzirem um processo em que eles não eram espelho; E) Tivemos casos de profissionais que não devolveram documentos públicos.

Ideia Central A – O retorno imediato para a população no sentido de orientar ou encaminhar para solucionar os problemas identificados.

DSC: *A perspectiva, falando da questão de ética mesmo, de que você muitas vezes faz o diagnóstico, faz pesquisa e não tem a devolutiva nem do resultado e, muito menos... porque, imagina, você faz um diagnóstico na pessoa e já identifica de pronto a necessidade acumulada de saúde bucal. É a questão do retorno imediato a essa população, como encaminhá-los, como orientá-los para solucionar os seus problemas. Nesse sentido, foi acordado que os municípios tentariam garantir para aqueles casos, pelo menos para os mais extremos, o tratamento imediato. Nós orientamos a todos os profissionais para encaminhar para a unidade de saúde mais próxima. Pensando mais num município grande, porque num município*

pequeno você tem poucas referências, é mais fácil. Mas, pensando numa capital, por exemplo, quando saía para determinado setor, cada cirurgião-dentista já tinha a unidade de saúde de referência para orientar os indivíduos a serem investigados. Procurar o local mais próximo para caso houvesse necessidade e, também, independente se era uma questão específica, diretamente relacionada à pesquisa ou não. O que fazer ao entrar no domicílio de uma pessoa e verificar situações graves de saúde ou mesmo de violência. Qual a postura profissional ética a ser tomada? Aconteceu, por exemplo, de uma pessoa ter uma crise de hipertensão no momento do exame. Isso foi acordado. De fato, não posso afirmar se aconteceu ou não, mas isso foi discutido em todas as oficinas para que, no nível municipal, isso fosse operacionalizado, para dar minimamente uma resposta às condições que foram investigadas, principalmente às mais extremadas, às mais graves.

Ideia Central B – A consulta pública foi muito interessante na questão da ética.

DSC: *A consulta pública foi muito interessante na questão da ética, uma vez que foi possível considerar todas as possibilidades. Tivemos a responsabilidade de fazer a devolutiva de todos os questionamentos. Então, essa participação externa na avaliação do próprio projeto garantiu, de certa forma, as questões éticas.*

Ideia Central C – O modo como foi realizada a escolha dos profissionais.

DSC: *O município enfatizou muito que aqueles profissionais deveriam participar. A coordenação escolheu os mais responsáveis, mas não tenho certeza se foi uma imposição ou escolha, porque eles reclamavam muito. Em algumas situações, o gestor quer. Tira o profissional e ele vai, mesmo não querendo, mas a gente corre um sério risco dele não fazer a coisa do jeito certo. Então, não sei como foi a indicação, mas acho que alguns entraram não querendo muito. Ninguém vai chegar para um dentista e dizer: 'Você tem que atender na clínica'. Isso faz parte do dia a dia deles. Eles podem até não querer atender por outras questões – quebra a mangueira, falta água, falta o serviço, dá uma hora no serviço e vai embora –, aí é outro lado também da ética. O inquérito é um pouco diferenciado. Então, a gente precisa ter um olhar diferente para quem participa ou não, porque também não dá para ter medidas coercitivas: 'Se você não for, vai se prejudicar'. Eu acho que não deveria ser por aí. Penso que isso também passa pela questão da ética, ou seja, se os profissionais foram voluntários ou se foram obrigados, e o que influenciou. Tiveram critérios locais para seleção dos examinadores. Em função das características dos profissionais que estão na atenção primária, foram priorizados os mais comprometidos; mas a gente sabe que os vínculos são, muitas vezes, precarizados. Numa capital, por exemplo, a coordenação municipal teve dificuldade de arrebanhar os dentistas, pois os concursados não tiveram interesse. Houve meio que uma convocação dos profissionais contratados, que se veem numa situação de não poder dizer não. Já num município do interior, tinha apenas um dentista recém-formado que assumiu a coordenação da pesquisa, mas logo ele saiu, por ter vínculo precário.*

Ideia Central D – Os coordenadores precisavam convencer as equipes a conduzirem um processo em que eles não eram espelho.

DSC: *Dar conhecimento foi um processo cumulativo. As pessoas vão entendendo vagarosamente. Tinham questões morais envolvidas nessa fase. A gente tinha uma metodologia clara e detalhada; e isso entrava em conflito com o processo de trabalho que os coordenadores municipais tinham, no lugar que eles ocupavam. O processo de trabalho que eles conduziam não tinha, necessariamente,*

uma metodologia. Eles não estavam verdadeiramente ocupando, de forma responsável, aquele lugar. Então, de repente, eles precisavam convencer outras pessoas a tomarem decisões e a conduzirem um processo em que eles não eram espelho.

Ideia Central E – Tivemos casos de profissionais que não devolveram documentos públicos.

DSC: *Houve um furto de todas as folhas de* arrol*amento e termos de consentimento livre e esclarecido. A gente pediu para um determinado estado: 'Você, por favor, envie todas as folhas de arrolamento e os termos de consentimento livre e esclarecido'. Aí o coordenador falou: 'Foram todos roubados'. Então, eu respondi: 'Não, não tem problema, faça um BO'. Temos um BO. É o BO mais esquisito da face da terra, um ladrão que roubou todos os termos. Sei que as fichas de arrolamento existiam, porque elas foram feitas com o acompanhamento da universidade. Agora, o termo de consentimento livre e esclarecido, eu acho que não foi feito. E aí tudo isso foi furtado, mas, verdadeiramente, não foi coletado. A gente também teve dificuldade com um instrutor de calibração. Ele não entregou o relatório da calibração, não entregou as planilhas. Eu mandei vários documentos para o trabalho dele, e nada; ele não respondeu. A gente mandou documento pelo Cecol, pela coordenação estadual e pela coordenação municipal, cobrando dele, dizendo que isso era documento público de uma pesquisa, que ele não podia reter, mas os documentos simplesmente desapareceram.*

Discussão

Eticamente, um inquérito de saúde deve gerar benefícios para os participantes da pesquisa e para a população da qual eles foram selecionados. É preciso assegurar ao convidado da pesquisa o recebimento de informações a respeito de qualquer achado associado ao seu estado de saúde (CIOMS, 2009). Nesse sentido, Maher (2013) afirma que a participação em inquéritos populacionais epidemiológicos que fazem uso de testes confiáveis para identificar doenças ou agravos à saúde relevantes e tratáveis é, em geral, baseada no retorno dos resultados a todos os participantes para que recebam tratamento adequado. Para o autor, tanto esse *'feedback'* quanto os 'benefícios do tratamento' são partes constituintes do processo de consentimento livre e esclarecido. A ausência dessa garantia pode contribuir para um maior número de perdas e recusas em estudos similares posteriores (NUFFIELD..., 2005; SILVEIRA; LUPPI; CARNEIRO JUNIOR, 2008).

Segundo os entrevistados, as equipes de campo foram orientadas a ter o cuidado ético de encaminhar as pessoas diagnosticadas com problemas de saúde bucal para tratamento nos serviços públicos odontológicos, conforme previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do SBBrasil 2010. Entretanto, não é possível, com os dados desta pesquisa, afirmar 'se' e 'como' funcionou esse sistema de referência nos municípios participantes do inquérito, tanto na calibração quanto na coleta de dados propriamente dita. De qualquer modo, é ético que existam estratégias para viabilizar o acesso aos serviços pelos indivíduos identificados com necessidades em saúde em inquéritos. Isso é ainda mais crítico no SBBrasil 2010, uma vez que os profissionais das equipes de campo são os mesmos das unidades públicas de saúde.

Por outro lado, é preciso ter cautela na aplicação desse princípio geral para que a garantia do encaminhamento não interfira na autonomia dos convidados, principalmente dos indivíduos e das comunidades em situação de vulnerabilidade social (SILVEIRA; LUPPI; CARNEIRO JUNIOR, 2008). Afinal, a perspectiva do acesso aos serviços de saúde pode desempenhar um papel importante na decisão do indivíduo, de consentir em participar. Além disso, a observação de situações problemáticas no interior dos domicílios sorteados não

diretamente relacionadas com os objetivos do inquérito foi outra questão apontada em um dos DSC como um conflito de natureza ética. Das situações vivenciadas pelas equipes de campo, a violência é, provavelmente, a que dá origem aos maiores conflitos.

Legalmente, a notificação de casos de "violência doméstica, sexual e/ou outras violências" é obrigatória para todos os profissionais da saúde (BRASIL, 2016, N. P.). No entanto, essa discussão é mais complexa e não pode ficar restrita à deontologia. Ferreira e Schramm (2000, P. 660) discutem as implicações éticas "da intervenção dos profissionais de saúde" no ambiente familiar em que há violência suspeita ou confirmada. Apesar de se restringirem à violência doméstica contra a criança, algumas de suas observações podem se adequar a outras formas de violência, por exemplo, contra a mulher. Os autores partem da definição de violência e de exemplos reais para demostrar que há situações em que o profissional, ainda que ciente do dever de notificar, tem dúvidas sobre a existência de "justificativas eticamente corretas para a intervenção", como nos casos em que a vítima não enxerga a violência como tal ou, ainda, quando a solução de um dano pode dar origem a outro tão ou mais importante. Contudo, os autores concluem que "uma interferência que proteja a criança, tentando preservar a integridade familiar sempre que possível, é moralmente justificável" (FERREIRA; SCHRAMM, 2000, P. 659). No caso dos inquéritos, como os indivíduos são observados uma única vez, esse tipo de ponderação torna-se ainda mais difícil.

De acordo com um dos DSC, conhecer a opinião das pessoas via mecanismo de consulta pública é uma forma de promover a eticidade de uma pesquisa. Segundo publicação do MS, a consulta pública é uma ferramenta utilizada no âmbito do SUS "para colher contribuições, tanto de setores especializados quanto da sociedade em geral" (BRASIL, 2008, P. 4). Para Burgess (2004), observa-se uma valorização crescente da consulta pública no setor saúde como meio de facilitar o processo de tomada de decisão em questões que suscitam um amplo espectro de posicionamentos, às vezes, diametralmente opostos. Para o autor, o uso da consulta é uma maneira de expressar os diferentes pontos de vista dos segmentos interessados em uma profundidade tal que favoreça o consenso e a transparência ética. Afinal, a meta é alcançar uma decisão compartilhada, ou seja, conseguir o apoio das pessoas, e não mudar compulsoriamente a 'perspectiva moral' delas. A consulta pública certamente contribui para a legitimidade democrática das decisões, mas Levitt (2003, P. 17) adverte que o adjetivo 'público' agrega uma variedade de grupos com ideias e interesses conflitantes "e não deve ser romantizado como a voz da verdade e da moralidade".

Para que um processo de consulta pública seja adequado, é preciso que cumpra, basicamente, quatro requisitos (BUETOW, 2003): 1) abordar um ponto para o qual não exista, ainda, uma decisão, mas apenas uma proposta; 2) dar tempo e dados necessários para estimular e qualificar as contribuições; 3) analisar as sugestões com isenção; e 4) tomar decisão com base na consulta, a qual pode ou não modificar a proposta original, e divulgá-la. Essas condições nada mais são do que a expressão de valores éticos como integridade, respeito, transparência e prestação de contas (BUETOW, 2003). A esse respeito, destaca-se o fato de que o Grupo Gestor do SBBrasil 2010 exerceu a responsabilidade ética, requerida nessas situações, de publicar uma Nota Técnica com a relação de todas as contribuições recebidas ao longo do processo de consulta pública. Para cada uma delas, foi elaborada uma argumentação para sua aceitação ou recusa, bem como um encaminhamento.

Há, contudo, duas situações que comprometem a eticidade de uma consulta pública (BUETOW, 2003). A primeira corresponde a uma situação em que a proposta inicial é submetida à consulta em um estágio de desenvolvimento tal que o público duvida que as

contribuições serão levadas em conta no processo de tomada de decisão. Na segunda situação, o desenvolvimento do texto original não é suficiente para viabilizar uma participação efetiva das pessoas. No caso do SBBrasil 2010, cerca de um quarto das contribuições recebidas foi incorporado no projeto final, o que dá ideia do significado da consulta pública para a qualificação do seu conteúdo. Apesar de suas limitações, a consulta pública é um instrumento de participação social que, conforme enfatizado por Fortes (1997, N. P.), deve ser "encarada dentro da noção da ética da responsabilidade". Para o autor, "o princípio da responsabilidade também cria para o cidadão o dever ético de participar na tomada de decisões" (FORTES, 1997, N. P.).

Após processo de consulta pública, a versão final do Projeto Técnico do SBBrasil 2010 foi concluída pelo CTA-VSB. A partir disso, os Cecol contataram as secretarias de saúde dos estados que haviam ficado sob sua responsabilidade, as quais, por sua vez, articulavam com as secretarias de saúde dos municípios sorteados na respectiva unidade federativa para compor o plano amostral do inquérito e, em conjunto, construíam os planos operacionais para cada cidade. Estados e municípios tinham de nomear coordenadores locais para a pesquisa, os quais, geralmente, mas não necessariamente, eram os próprios coordenadores de saúde bucal. Nesse contexto, o coordenador municipal do SBBrasil 2010 tinha um papel estratégico, pois organizava todos os processos em nível local. Coube a esse profissional

> identificar a equipe de campo (examinadores/anotadores) – preferencialmente servidores do SUS – e garantir sua liberação para participação na pesquisa. (BRASIL, 2009, P. 11).

A maneira como foi realizada a seleção e a convocação desses trabalhadores foi apontada pelos entrevistados como uma questão de natureza ética. A implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004, aumentou o quantitativo de recursos humanos das secretarias municipais. No entanto, vários municípios adotam, ainda, formas contratuais não estáveis. De acordo com o DSC, a precariedade do vínculo empregatício contribuiu para a adesão de muitos examinadores e anotadores ao SBBrasil 2010, em decorrência da mensagem velada de que uma eventual negativa em participar poderia implicar perda do emprego. Para Muñoz e Fortes (1998), uma pessoa é considerada autônoma quando possui liberdade de pensamento e não está sujeita a coações internas ou externas para escolher uma determinada alternativa. O exercício da autonomia requer, segundo os autores, alternativas de ação, bem como liberdades de opção e ação. A esse respeito, pode-se afirmar que os profissionais de nível local que participaram do SBBrasil 2010 não tiveram, em determinadas circunstâncias, autonomia para decidir se queriam ou não participar das ações desenvolvidas no âmbito do seu local de trabalho.

Uma ponderação que pode ser feita a esse respeito se refere aos compromissos laborais (direitos e deveres) assumidos por esses profissionais por ocasião do contrato de trabalho. A realização de exames com finalidade epidemiológica está incluída, de modo inequívoco atualmente, no rol de funções a serem exercidas por profissionais de odontologia que desempenham funções clínicas, independentemente do nível da formação. Assim, exercer tais atividades de sua competência profissional, sobretudo em contextos em que a alternativa seria não realizar a coleta de dados naquela localidade, constitui um imperativo laboral, tendo em vista a decisão quanto ao delineamento e ao modo de executar o inquérito, ou seja, 'por dentro', e não 'por fora' do SUS. Acresce que a realização de pesquisas epidemiológicas em saúde bucal corresponde a propostas com essa finalidade aprovadas nas três conferências nacionais de saúde bucal realizadas pelo País. O próprio projeto SBBrasil 2010 foi discutido e aprovado na Comissão Intergestores

Tripartite, que reúne representantes dos governos federal, estaduais e municipais. Nesse contexto, do ponto de vista estritamente laboral, não caberia aos profissionais de saúde do nível local a prerrogativa de decidir sobre suas participações na fase de coleta de dados. Mas essa característica do SBBrasil 2010, a exemplo do que ocorreria em qualquer outro inquérito epidemiológico populacional planejado e executado 'por dentro' do SUS, não basta para resolver ou impedir a emergência de conflitos éticos também na fase de coleta de dados, uma vez que tais atividades são, por si mesmas, pelas inter-relações que elas engendram, geradoras de situações dilemáticas com potencial de violação da autonomia. Cabe assinalar, contudo, que problemas dessa ordem não apareceram nos DSC – o que não significa que não tenham ocorrido nos trabalhos de campo.

Em um dos DSC, os entrevistados ressaltam a importância de uma ética do cotidiano. Em alguns locais, haveria conflito entre duas instâncias da gestão dos processos de trabalho: a do SBBrasil 2010 e a dos serviços, com suas rotinas. Houve menção a chefias que não ocupam o seu espaço na saúde pública municipal de modo comprometido e ético. A esse respeito, conforme explica Jonas (2006, p. 168),

> o exercício do poder, sem a observação do dever é [...] 'irresponsável', ou seja, representa uma quebra da relação de confiança presente na responsabilidade.

Houve, então, uma espécie de 'desconforto ético' entre os profissionais, em face de um discurso do gestor, que enfatizava a valorização da construção coletiva, uma vez que o SBBrasil 2010 exigia a definição de um sistema de distribuição de responsabilidades. A esse respeito, Freire (2006, p. 34) assinalou que

> as palavras a que falta a corporeidade do exemplo pouco ou nada valem [...]. Não há pensar certo fora de uma prática testemunhal que o rediz em lugar de desdizê-lo.

Por isso, afirmam Zoboli e Fortes (2004, p. 1690), a efetivação do SUS impõe a todos, incluindo gestores, "transformações atitudinais e culturais" requerendo uma "reviravolta ética".

Os trabalhadores do SUS que participaram do SBBrasil 2010 constituíram um coletivo no qual cada profissional desempenhou um papel decisivo. A questão da não devolução de documentos de interesse público, citada pelos entrevistados, remete à ética da responsabilidade individual que, segundo Garrafa (2008, p. 862), inclui "[...] a responsabilidade e a ética no trato das questões públicas de parte dos servidores governamentais do setor saúde". Em inquéritos, como o SBBrasil 2010, ou seja, nacional, de base domiciliar e feito pelo SUS, a responsabilidade é necessariamente descentralizada. Em outras palavras, ela não fica circunscrita à coordenação geral da pesquisa, mas é compartilhada com a totalidade dos profissionais que participam de sua execução. Dessa forma, qualquer violação, como a retenção inapropriada de um documento, compromete o conjunto dos envolvidos ou, ao menos, uma parte importante deles. A responsabilidade é, portanto, um dos pilares fundamentais para a concretização de iniciativas como o SBBrasil 2010.

Considerações finais

A forma como foi realizada a consulta pública, com destaque para a publicação de uma Nota Técnica detalhada pelo Grupo Gestor após o término do processo, conferiu ao SBBrasil 2010 um sentido ético reconhecido pelos entrevistados, não se constituindo em fonte de conflito na dimensão ética.

Os conflitos éticos analisados neste estudo, identificados por gestores da pesquisa a partir do modo como se inseriram no processo investigativo, referiram-se, essencialmente, aos profissionais de saúde incumbidos da coleta de dados. Embora tenha havido menção ao fato de que não lhes foi

possível saber se os participantes examinados que foram identificados como apresentando algum problema de saúde bucal foram encaminhados ao serviço público odontológico, conforme assegurava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os conflitos éticos apontados corresponderam aos gestores municipais da saúde e, sobretudo, aos membros das equipes incumbidas da coleta de dados.

As atividades de campo implicam, em inquéritos com as características do SBBrasil 2010, que as equipes de pesquisa se desloquem por diferentes territórios e que adentrem domicílios selecionados, nos mais distintos setores censitários. Assim, essas equipes têm de lidar com problemas que, apesar de serem da competência de um profissional da saúde, não estão diretamente relacionados com os objetivos que as levaram a campo, como a violência doméstica. Nessas situações, a responsabilidade legal de notificar nem sempre vem acompanhada da convicção de que essa é a melhor conduta em termos éticos, principalmente pelo fato de que nesses estudos os indivíduos são observados em um único momento.

A opção de realizar o SBBrasil 2010 com amplo envolvimento das instituições e dos profissionais do SUS fez emergir um conflito ético representado pela divergência do dever laboral *versus* a autonomia profissional. Por sua inserção na gestão local do SUS, os dirigentes do sistema municipal de saúde, incluindo os que estão à frente das unidades de saúde, e o próprio coordenador de saúde bucal, se veem com o dever de viabilizar a execução das ações da pesquisa, como uma ação de interesse coletivo, embora por vezes suas práticas não tenham correspondido a esse interesse, segundo a visão dos profissionais que eles buscaram convencer a participar da pesquisa. A desaparição pura e simples de documentos da pesquisa (documentos públicos, portanto) ou, conforme cogitado, a possibilidade de que sequer tenham sido gerados pela autoridade sanitária à qual essa função estava atribuída é bastante expressiva da fragilidade da ética da responsabilidade nesse contexto. Outra dimensão desse conflito ético se traduz na maneira como foi conduzida, nos municípios, a etapa de seleção e convocação dos profissionais de saúde que integraram as equipes de pesquisa, com a pressão velada sobre profissionais com vínculo empregatício precário. Em outras palavras, ao ser gerida em muitos municípios de modo eticamente inadequado, tais municípios perderam uma valiosa oportunidade de aprimoramento e desenvolvimento profissional, representada pela participação na pesquisa, nos marcos da política de Educação Permanente em Saúde, seja porque não houve compreensão do seu significado mais profundo, seja porque houve simplesmente descaso. A função de coordenador local do inquérito de saúde bucal exigia o cumprimento de um pré-requisito ético: a responsabilidade como rotina, e não como acontecimento. Os profissionais do SUS que participaram do SBBrasil 2010 fizeram parte de um esforço coletivo, sendo todos e cada um corresponsável pelo seu êxito.

Colaboradores

Flávia Reis de Andrade – Elaboração do projeto, análise e interpretação dos dados, além de redação do artigo.

Paulo Capel Narvai – Revisão crítica do conteúdo e aprovação final da versão do manuscrito.

Miguel Ângelo Montagner – Revisão crítica do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

AMARO, M. C. Análisis de la situación de salud. In: TEALDI, J. C. (Coord.). *Diccionario latino-americano de bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2008, p. 70-72.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. 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] República Federativa do Brasil,* Brasília, DF, 19 set. 1990. Não paginado.

_____. Ministério da Saúde. *Manual do usuário:* consulta pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,* Brasília, DF, 18 fev. 2016. Disponível em: <http://200.214.130.94/consultapublica/manuais/ConsultaPublicaUsuario.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016. Não paginado.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Projeto SBBrasil 2010:* Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: manual do coordenador municipal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/arquivos/SBBrasil2010_Manual_Coordenador.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

BUETOW, S. The ethics of public consultation in health care: an Orthodox Jewish perspective. *Health care analysis,* Chichester, v. 11, n. 2, p. 141-160, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14567478>. Acesso em: 23 nov. 2016.

BURGESS, M. M. Public consultation in Ethics: an experiment in representative ethics. *Journal of Bioethical Inquiry,* Dunedin, v. 1, n. 1, p. 4-13, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16025591>. Acesso em: 23 nov. 2016.

COUNCIL FOR INTERNATIONAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL SCIENCES (CIOMS). *International ethical guidelines for epidemiological studies.* Geneva: Cioms, 2009. Disponível em: <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/International_Ethical_Guidelines_LR.pdf >. Acesso em: 23 nov. 2016.

FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, v. 34, n. 6, p. 659-665, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000600016>. Acesso em: 23 nov. 2016.

FORTES, P. A. C. A ética do controle social na saúde e os conselhos de saúde. *Revista Bioética,* Brasília, DF, v. 5, n. 1, p. 71-76, 1997. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/368>. Acesso em: 23 nov. 2016. Não paginado.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

GARRAFA, V. Bioética. In: GIOVANELLA, L. *et al*. (Coord.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes, 2008, p. 853-870.

GRACIA, D. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. Medicine, *Health Care and Philosophy,* Boston, v. 4, n. 2, p. 223-232, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11547508>. Acesso em: 23 nov. 2016.

HOSSNE, W. S. Bioética: ponte para a liberdade. *Bioethikos*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 99-104, 2007. Disponível em: <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/Bioetica_ponte_para.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

JONAS, H. *O princípio responsabilidade*. Rio de Janeiro: Contraponto; PUC-Rio, 2006.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. *O discurso do sujeito*

coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Educs, 2003.

_____. *Pesquisa de representação social:* um enfoque qualiquantitativo. Brasília, DF: Líber Livro, 2010.

LEVITT, M. Public consultation in Bioethics. What's the point of asking the public when they have neither scientific nor ethical expertise? *Health care analysis,* Chichester, v. 11, n. 1, p. 15-25, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14510306>. Acesso em: 23 nov. 2016.

MAHER, D. The ethics of feedback of HIV test results in population-based surveys of HIV infection. *Bulletin of the World Health Organization,* [S. l.], v. 91, n. 12, p. 950-956, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/12/13-117309/en/>. Acesso em: 23 nov. 2016.

MUÑOZ, D. R.; FORTES, P. A. C. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, G. O.; GARRAFA, V. (Coord.). *Iniciação à bioética*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998. p. 53-70.

NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS. *The ethics of research related to healthcare in developing countries.* Londres: Nuffield Council on Bioethics, 2005. Disponível em: <https://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Ethics-of-research-related-to-healthcare-in-developing-countries-I.pdf >. Acesso em: 5 nov. 2013.

RONCALLI, A. G. *et al*. Aspectos metodológicos do Projeto SBBrasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 28, p. S40-S57, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300006>. Acesso em: 23 nov. 2016.

SILVEIRA, C.; LUPPI, C. G.; CARNEIRO JUNIOR, N. Aspectos éticos nas pesquisas e na produção de conhecimentos junto a grupos em situação de vulnerabilidade social. In: GUERRIERO, I. C. Z.; SCHMIDT, M. L. S.; ZICKER, F. (Coord.). *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde.* São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p. 158-66.

VALLS, A. L. M. *O que é ética.* São Paulo: Brasiliense, 2013.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1690-1699, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2004000600028&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2016.

Recebido para publicação em janeiro de 2017
Versão final em junho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Fatores relacionados ao Aleitamento Materno Exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança em uma capital do Norte brasileiro

Factors related to Exclusive Breastfeeding in Babies born in a child-friendly hospital in a capital of Northern Brazil

Edficher Margotti[1], Willian Margotti[2]

RESUMO Objetivou-se determinar os fatores relacionados com o Aleitamento Materno Exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança na cidade de Belém, capital do Pará, e verificar se os escores da Escala de Autoeficácia na Amamentação encontram-se dentre esses fatores. Estudaram-se 414 binômios mãe-bebê, cujos bebês nasceram em 2016. Utilizaram-se questionários socioeconômicos e obstétricos, aplicando a Escala de Autoeficácia na Amamentação no momento da alta hospitalar. A média do escore de amamentação foi 61 pontos; 32,45% das mães tinham entre 19 e 23 anos; 36,56% delas possuíam 2º grau completo; 43,34% percebiam até um salário mínimo; 62,95% eram amasiadas; e 17,92% trabalhavam fora do lar. Os fatores relacionados ao Aleitamento Materno Exclusivo foram: faixa etária e escolaridade materna, mãe com trabalho fora do lar, estado civil materno, incentivo do companheiro quanto ao Aleitamento Materno e o escore da escala de autoeficácia.

PALAVRAS-CHAVE Aleitamento materno. Autoeficácia. Fatores de proteção.

ABSTRACT *The objective of this study was to know the factors related to Exclusive Breastfeeding in Infants born in a child-friendly hospital in the city of Belém, Pará State capital, and to verify whether the scores of the Self-Efficacy Scale in Breastfeeding were among those factors. We studied 414 mother-baby binomials which babies were born in 2016. Socioeconomic and obstetrical questionnaires applied the Self-Efficacy Scale in Breastfeeding to mothers at their hospital discharge. The breastfeeding score mean was 61 points; 32.45% of the mothers were between 19 and 23 years old; 36.56% of them had a high school diploma; 43.34% received up to a minimum wage; 62.95% lived an informal union with their partners; and 17.92% were employed. The factors related to exclusive breastfeeding involved the mother age and schooling, the fact that the mother is employed, her marital status, the partner incentive to breastfeeding, and the self-efficacy scale score.*

KEYWORDS *Breastfeeding. Self efficacy. Protective factors.*

[1] Universidade Federal do Pará (UFPA) – Belém (PA), Brasil.
edficher@ufpa.br

[2] Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul) – Tubarão (SC), Brasil.
willian.margotti@gmail.com

DOI: 10.1590/0103-1104201711415

Introdução

O Aleitamento Materno (AM) é altamente nutritivo, podendo suprir todas as necessidades alimentares do infante durante os quatro a seis primeiros meses de vida. De seis a doze meses, fornece três quartos das proteínas de que carece a criança, e daí em diante permanece como valioso suplemento proteico à dieta infantil. Além desses elementos, o leite materno contém açúcar, gorduras, sais minerais e vitaminas (REZENDE, 2012).

Além do vínculo afetivo do binômio, o AM está relacionado à imunoproteção do bebê, sendo que a proporção do número de mortes por doenças infectocontagiosas é de seis para um em crianças menores de dois meses. Também, existe uma diminuição do risco de câncer de mama nas mães que amamentam e uma redução dos gastos da família com a alimentação da criança (BRASIL, 2009).

Quanto às variáveis obstétricas, há evidências de que o AM, e a sua duração, está associado: ao tipo de parto, crianças nascidas por cesariana eletiva apresentam risco de ser desmamadas precocemente (VIEIRA *ET AL.*, 2015); aos nascimentos em hospitais que cumprem os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, onde se incentivam a amamentação, por meio da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, e, de modo geral, aumentam a probabilidade de elas se manterem em Aleitamento Materno Exclusivo (AME) por mais tempo (MARGOTTI; EPIFANIO, 2014; PASSANHA *ET AL.*, 2015; VIEIRA *ET AL.*, 2015); ao número de filhos anteriores, pois a primiparidade está frequentemente associada à prática de desmame precoce (SALUSTIANO; DINIZ; ABDALLAH, 2012; SOUZA *ET AL.*, 2012) que é um dos fatores de desnutrição e de altas taxas de mortalidade infantil (PRIMO; AMORIM; LIMA, 2004); ao número de consultas de pré-natal, pois mostram associação significativa com AME (ASEMAHAGN, 2016); ao apoio paterno no ato de amamentar, visto que o pai tem grande destaque no suporte e influência na decisão da mulher em amamentar e na sua continuidade (SALVADOR, 2012; SILVA; SANTIAGO; LAMONIER, 2012; TEWABE *ET AL.*, 2017), e ao escore da Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES), onde escores mais elevados obtidos por meio da Escala de Autoeficácia na Amamentação estão associados à amamentação exclusiva (GLASSMAN *ET AL.*, 2014; MARGOTTI; EPIFANIO, 2014).

Descrevendo sobre as variáveis socioeconômicas, os fatores de proteção para o AM foram: idade materna, mães com idade superior a 30 anos (ASEMAHAGN *ET AL.*, 2016; FROTA *ET AL.*, 2016; SOUZA *ET AL.*, 2012); escolaridade materna (mulheres com mais de oito anos de estudo (ASFAW; ARGAW; KEFENE, 2015; BEZERRA *ET AL.*, 2012); o fato de a mãe não trabalhar fora do lar (SALUSTIANO; DINIZ; ABDALLAH, 2012; SOUZA *ET AL.*, 2012); união estável entre os pais (FROTA *ET AL.*, 2016); mães com renda melhor são mais propensas a praticar AME e tendem a amantar mais seus filhos (TEWABE *ET AL.*, 2017).

Evidências científicas inquestionáveis mostram que o AME é capaz de prevenir muitas doenças infantis. Para isso, é fundamental a mobilização de governos e da sociedade para sua promoção, proteção e apoio. Justifica-se, assim, o interesse em verter esse assunto de suma importância para a saúde coletiva e pública mundial, em especial na região Norte do Brasil, onde os investimentos em educação, saúde e pesquisa são escassos. Nesse sentido, este estudo tem por objetivo determinar os fatores relacionados ao AME em bebês nascidos em hospital amigo da criança na capital Belém do Pará.

Metodologia

Trata-se de estudo analítico descritivo, com delineamento transversal, de cunho quantitativo, composto por um grupo de mães e seus respectivos bebês, acompanhados na maternidade de um hospital credenciado como amigo da criança localizado na cidade de Belém, capital do Pará, Brasil.

Optou-se por realizar a coleta de dados em um hospital amigo da criança pelo simples

fato que o objetivo dessas instituições é o de mobilizar profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças em rotinas e condutas, visando prevenir o desmame precoce. O conjunto de medidas para atingir as metas foi denominado de Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Também, para receber o título de Hospital Amigo da Criança, as instituições são submetidas a avaliações cujo critério é o cumprimento global de 80% de cada um dos dez passos para o sucesso do AM.

Os hospitais credenciados como Amigo da Criança, uma vez qualificados, passam a atuar como local de treinamento de equipes multiprofissionais da área da saúde, passando a ser reconhecidos como centros de 'referência em aleitamento materno' em nível local ou regional. Caracterizam-se por garantir a continuidade da lactação de forma exclusiva nos primeiros seis meses dentro e fora da instituição, ou seja, diferenciam-se por ofertar condições para que a puérpera tenha o direito a amamentar, a acompanhamento adequado, à orientação e informações necessárias para o sucesso do AM (MARGOTTI; EPIFANIO, 2014).

O cálculo amostral teve como valor crítico associado ao grau de confiança da amostra de 90,0% e a fórmula para o cálculo do tamanho da amostra, para uma estimativa confiável da proporção populacional, com p e q desconhecidos, é n=Z2x/2.p.q/E2.

Para definição das participantes do estudo, a seleção das puérperas foi feita de forma contínua, simultânea e aleatória, conforme aconteciam os partos no centro obstétrico nos anos de 2015 e 2016.

Os critérios de inclusão utilizados foram: crianças com peso de nascimento >2.500g; nascidas de parto normal ou cesariana; idade gestacional acima de 36 semanas; residentes em zonas urbanas, pois facilitaria a visita domiciliar caso fosse necessário; e que estivessem em AME na data da alta hospitalar.

Os critérios de exclusão foram: gemelares, partos normais ou cesarianas com intercorrências, recém-nascidos de mães soropositivas para o vírus da imunodeficiência humana, bebês que por algum motivo não poderiam ser alimentados no peito materno, com malformações congênitas, para adoção ou residentes em zonas rurais.

As mães eram pré-selecionadas na maternidade e abordadas no momento anterior à alta hospitalar. Aquelas que participariam do estudo, foram esclarecidas sobre a pesquisa: os objetivos, o porquê de serem selecionadas, os riscos e benefícios quanto à participação e ausência de bônus. Do prontuário, foram coletados dados como a idade gestacional, o número de consultas de pré-natal, número de gestações e abortos anteriores, sexo e peso do recém-nascido. Cada participante preenchia um formulário socioeconômico e obstétrico e, por fim, a pessoa responsável pela coleta de dados prestava as devidas explicações sobre a Escala de Breastfeeding Self-Efficacy-Short Form (BSES-SF), após o que se aplicava a escala.

A BSES-SF consiste num instrumento para a avaliação da confiança materna no ato da amamentação. Essa confiança se constrói a partir de quatro fontes de informação: experiência pessoal (experiências positivas relacionadas a amamentações anteriores), experiência vicária (observação de outras mães que também amamentaram, assistir a vídeos com orientações relacionadas à amamentação), persuasão verbal (apoio e encorajamento de pessoas próximas e respeitadas pela mulher, como a tia, mãe, avó) e estado emocional e fisiológico (reações físicas e psicológicas positivas e agradáveis diante do ato de amamentar).

A BSES, em sua forma original, possui 33 itens. Sua versão reduzida, a Short Form (SF), com 14 itens, foi validada em estudo desenvolvido na região Nordeste do Brasil (DODT *ET AL.*, 2012).

O uso da BSES-SF permite conhecer previamente a área em que a mulher tem menor autoeficácia na amamentação, possibilitando, quando necessário, a implementação de estratégias de cuidado e promoção do AM

antes de ela decidir por não amamentar ou desmamar precocemente. Tal fato pode levar, em médio e longo prazo, à redução das taxas de desmame precoce e, consequentemente, à melhoria da qualidade de vida do binômio mãe-bebê.

As variáveis estudadas foram: 'idade' e 'escolaridade materna', 'idade gestacional', 'tipo de parto', 'consultas de pré-natal', 'primigestação', 'bebê mamou na sala de parto ou dentro das primeiras seis horas', 'escore da escala de Breastfeeding', 'incentivo ao AM pelo companheiro', 'sexo' e 'peso do recém-nascido', 'mãe que trabalha fora do lar', 'renda', 'estado civil', 'morar com mãe ou sogra'.

Para análise descritiva, os dados foram apresentados mediante frequência simples, percentual e razão de chance, conforme a simetria das variáveis. A relação entre a variável de desfecho tipo de alimentação no quarto mês de vida da criança e os potenciais fatores de risco para o AME foi avaliada por meio de regressão logística, tanto nas análises bivariadas, como nas multivariadas. O teste de Wald foi utilizado para testar a significância de cada variável no modelo.

Para o modelo multivariável, consideraram-se, inicialmente, todas as covariáveis que apresentaram valores de $p<0,10$. O procedimento seguinte foi a exclusão, de maneira individual, das covariáveis que apresentassem valores críticos de p (valores maiores e não significativos). Esse procedimento foi repetido até que todas as variáveis no modelo apresentassem valores de $p<0,05$. Todos os testes foram bidirecionais e as diferenças foram consideradas significativas com valor de $p<0,05$. As características das mães e das crianças foram comparadas com o teste Qui-quadrado de Pearson e adotaram-se como significativos os valores de $p<5\%$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará (UFPA) sob nº da CAAE 47265315.6.0000.0018, de 6.12.2015. O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais (Resolução CNS nº 466, de 12.12.2012) e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Todas as participantes receberam e assinaram uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com informações sobre o objetivo do estudo, consequências quanto à decisão em participar, não recebimento de bônus, além dos contatos e endereços dos pesquisadores responsáveis. Todos os representantes legais das participantes adolescentes receberam uma declaração onde foi concedido o prazo de dois dias para refletir sobre as conveniências ou inconveniências da participação da referida adolescente, inclusive sobre a oportunidade de consultar familiares ou outras pessoas com o fito de participar e assinar o TCLE, caso considerasse conveniente.

Resultados

A amostra é composta por 414 mulheres, com idades entre treze e 41 anos, observadas no período de novembro de 2015 a setembro de 2016.

Na *tabela 1,* verifica-se que as mães participantes da pesquisa tiveram, em média, um filho anterior à gestação atual ($\mu = 0,79 \pm 1,12$). A quantidade de filhos anteriores variou entre zero e oito. Quanto ao Apgar, observa-se que o Apgar 1º minuto registrou valor mínimo de um e máximo de nove, com média de 4,5($\mu = 8,21 \approx 8$), enquanto o Apgar 5º minuto registrou mínima de zero e máxima de dez, com média de 5,0($\mu = 8,84 \approx 9$). No que refere ao peso do recém-nascido, variou entre 2.500kg e 4.845kg, com média de 3.147,12kg ± 455,63g. No mínimo, as mães tiveram 36 semanas de gestação e, no máximo, 50 semanas. Em média, elas tiveram quase 40 semanas de gestação. Em média, as participantes da pesquisa realizaram quase seis consultas pré-natal ($\mu = 5,69 \pm 2,85$), com mínimo de zero e máximo de 18 consultas, apresentando uma média boa do escore da BSES-SF no hospital, de 61 pontos.

Tabela 1. Estatística descritiva das variáveis gestacionais e obstétricas da amostra, Belém (PA), 2016

Variável	n	Mínimo	Máximo	Média (μ)	Desvio Padrão (±σ)
Nº de Filhos Anteriores	413	0	8	0,79	1,12
Apgar 1 min	410	1	9	8,21	1,39
Apgar 5 min	410	0	10	8,84	0,61
Peso ao Nascer	413	2.500	4.845	3.147,12	455,63
Semanas de Gestação	413	36	50	39,66	1,81
Nº de Consultas Pré-Natal	413	0	18	5,69	2,85
Escore da *Breastfeeding* no Hospital[(1)]	406	27	70	61,15	8,22

[(1)] Teste t de Student para diferença entre médias (p< 0.05). P-valor = 0.0001.

Na *tabela 2*, observa-se que a faixa etária de 19 a 23 anos foi predominante entre as participantes da pesquisa, com 134 (32,45%) mulheres. Quanto à escolaridade, verifica-se que 151 (36,56%) mulheres possuem o 2º grau completo, seguidas das mulheres que possuem o 1º grau incompleto (123 ou 29,78%). A renda mensal das participantes é baixa, com 179 (43,34%) mulheres percebendo renda de até um salário mínimo, seguido de mulheres com renda entre um e dois salários mínimos. A maioria das participantes da pesquisa afirmou ser amasiada (260 ou 62,95%). Poucas mulheres afirmam trabalhar fora de casa (74 ou 17,92%), das quais apenas 51 (12,35%) trabalham com carteira assinada.

Tabela 2. Distribuição de frequência das participantes da pesquisa, segundo o perfil sociodemográfico, Belém (PA), 2016

Variável	n	%	p-valor
Faixa Etária			
Até 18 anos	92	22,28	< 0.0001*
19 a 23	134	32,45	
24 a 28	83	20,10	
29 a 33	56	13,56	
34 a 38	42	10,17	
39 ou mais	6	1,45	
Escolaridade			
1º completo	35	8,47	< 0.0001*
1º incompleto	123	29,78	
2º completo	151	36,56	
2º incompleto	76	18,40	
3º completo	14	3,39	
3º incompleto	14	3,39	
Renda Familiar			
Até 1 SM (Salário Mínimo)	179	43,34	< 0.0001*
1 a 2 SM	168	40,68	
2 a 3 SM	56	13,56	

Tabela 2. (cont.)

3 a 5 SM	9	2,18	< 0.0001*
5 a 10 SM	1	0,24	
Estado Civil			
Amasiada	260	62,95	< 0.0001*
Casada	41	9,93	
Solteira	112	27,12	
Trabalha fora de casa			
Sim	74	17,92	< 0.0001*
Não	339	82,08	
Carteira Assinada			
Sim	51	12,35	< 0.0001*
Não	362	87,65	
Mora com Mãe ou Sogra			
Sim	202	48,91	0.2056
Não	211	51,09	

*As proporções diferem significativamente.

Nota: Teste Qui-quadrado de Pearson para Proporções (p< 0.05).

A *tabela 3* mostra a distribuição de frequência das participantes da pesquisa segundo o perfil gestacional. Verifica-se que não há diferença significativa entre a frequência de mulheres quando questionadas sobre o primeiro filho, de modo que 220 (53,27%) afirmaram sim e 193 (46,73%) mulheres afirmaram não.

Do total de 193 mulheres que afirmaram ter tido outros filhos, 110 (56,99%) haviam tido um filho anteriormente e 57 (29,53%), dois filhos. Verifica-se que 152 (78,76%) mulheres afirmaram ter amamentado muito os filhos anteriores no peito. A maioria significativa (p-valor < 0.05) das mulheres (n = 360; 87,17%) afirmou que o bebê mamou na sala de parto ou nas seis primeiras horas de vida.

Na *tabela 3*, observa-se que o número de recém-nascidos do sexo masculino e feminino não difere significativamente, de modo que há 220 (53,27%) recém-nascidos do sexo feminino e 193 (46,73%) do sexo masculino.

Tabela 3. Distribuição de frequência das participantes da pesquisa, segundo o perfil obstétrico, Belém (PA), 2016

Variável	n	%	p-valor
Primeiro Filho			
Sim	220	53,27	0.2186
Não	193	46,73	
Nº de filhos anteriores (n = 193)			
1	110	56,99	< 0.0001*
2	57	29,53	
3	11	5,70	
4	8	4,15	
5	6	3,11	
8	1	0,52	

Tabela 3. (cont.)

Amamentou no peito os filhos anteriores (n = 193)			
Muito	152	78,76	< 0.0001*
Pouco	31	16,06	
Não	5	2,59	
Sem Informação	5	2,59	
Bebê mamou na sala de parto ou dentro das seis horas de vida			
Sim	360	87,17	< 0.0001*
Não	53	12,83	
Nº de Consultas Pré-Natal			
Nenhuma consulta	23	5,57	< 0.0001*
1 a 5	184	44,55	
6 a 10	195	47,22	
11 ou mais	11	2,66	
Semana Gestacional			
33 a 37 (8º mês)	55	13,32	< 0.0001*
38 a 42 (9º mês)	354	85,71	
43 ou mais	4	0,97	
Sexo do Recém Nascido			
Feminino	193	46,73	0.1840
Masculino	220	53,27	
Tipo de Parto			
Normal	151	36,56	< 0.0001*
Cesariana	262	63,44	
Companheiro Incentiva o Aleitamento Materno			
Sim	317	76,76	< 0.0001*
Não	96	23,24	

*As proporções diferem significativamente.

Nota: Teste Qui-quadrado de Pearson para Proporções (p< 0.05).

Com base no modelo ajustado, as mães se encaixam na categoria AME se suas probabilidades de AME estiverem acima de 0,5. *The classification table* para o modelo nulo compara as previsões de AME em função do modelo ajustado com o estado verdadeiro de AME das mães.

A *tabela 4*, *Variables not in the Equation* lista a pontuação dos testes para as variáveis ainda não incluídas no modelo, que são: companheiro incentiva o aleitamento, escolaridade, renda, estado civil, trabalha fora de casa, bebê mamou na sala de parto ou nas seis primeiras horas de vida, sexo do recém-nascido, peso, mora com mãe ou sogra, fez consultas pré-natal, semanas gestacionais, tipo de parto, faixa etária e o escore da BSES-SF. Segundo essa tabela, observa-se que o AME está significativamente relacionado com a faixa etária, escolaridade, trabalho fora de casa, incentivo do companheiro ao aleitamento e o escore da BSES-SF.

A última linha da *tabela 4* mostra que o valor de 30,332 do teste Qui-quadrado dos resíduos é significante (p<0,05) (chamado de *Overal Statistics*-estatística global). Essa estatística informa que os coeficientes para as variáveis que não estão no modelo são

significativamente diferentes de zero, ou seja, que a adição de uma ou mais dessas variáveis ao modelo irá afetar significativamente o seu poder de previsão; se o p fosse superior a 0.05, isso significaria que nenhuma das variáveis excluídas do modelo contribuiria de forma significativa para o poder preditivo do modelo e, assim, a análise terminaria nessa fase. A coluna *Score* mostra o valor da estatística do *score*. Observa-se que a variável 'trabalha fora de casa' é a que apresenta o maior e mais significativo *score*, mostrando que é um fator de risco para o aleitamento materno.

Tabela 4. Pontuação dos testes para as variáveis ainda não incluídas no modelo, Belém (PA), 2016

Variables not in the Equation			
	Score (Wald)	Df	Sig.
Faixa Etária	4,322	1	,038*
Escolaridade	2,597	1	,097*
Renda	,430	1	,512
Estado Civil	1,129	1	,288
Trabalha fora de casa	13,280	1	,000*
Bebê mamou na sala de parto ou dentro das seis horas de vida	1,657	1	,198
Sexo do RN (Recém-Nascido)	,621	1	,431
Peso do RN	,657	1	,418
Tipo de parto	1,348	1	,246
Semanas Gestacional	,157	1	,692
Fez consultas Pré natal	,384	1	,535
Mora com mãe/sogra	,248	1	,618
Companheiro incentiva no aleitamento	2,891	1	,089*
Escore da BSES-SF no hospital	15,527	1	,093*
Overall Statistics	30,332	13	,004

*Variável é significativa (p<0.10).

A *tabela 5* mostra que as variáveis 'faixa etária', 'escolaridade', 'estado civil', 'trabalha fora de casa' e 'companheiro incentiva o aleitamento' contribuem significativamente para a explicação do modelo.

Tabela 5. Coeficientes das variáveis preditivas/explicativas do modelo, Belém (PA), 2016

	Variables not in the Equation						
		B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)
Step 1a	Faixa Etária	-,604	,280	4,668	1	,031*	,547
	Escolaridade	-,467	,217	4,649	1	,031*	,627
	Renda	,156	,693	,051	1	,822	1,169
	Estado Civil	-,570	,277	4,229	1	,040*	,565
	Trabalha fora de casa	1,081	,294	13,531	1	,000*	2,947
	Bebê mamou na sala de parto ou dentro das seis horas de vida	,196	,323	,367	1	,544	1,216

Tabela 5. (cont.)

Step 1a	Sexo do RN	,270	,210	1,654	1	,198	1,309
	Peso do RN	,535	,914	,342	1	,559	1,707
	Tipo de parto	,261	,225	1,346	1	,246	1,299
	Semanas Gestacional	-,140	,309	,207	1	,649	,869
	Fez consultas PN	,089	,450	,039	1	,843	1,093
	Mora com mãe/sogra	-,163	,217	,559	1	,455	,850
	Companheiro incentiva no aleitamento	-,746	,291	6,564	1	,010*	,474
	Escore da BSES-SF no hospital	-,156	,814	,037	1	,048*	,855

** Variable(s) entered on step 1:* Faixa Etária, Escolaridade, Renda, Estado Civil, trabalha fora de casa, Bebê mamou na sala de parto ou dentro das seis horas de vida, Sexo do bebê, Peso, Tipo de parto, Semana Gestacional, Fez Consultas Pré-Natal (PN), Mora com mãe ou sogra, Companheiro incentiva no aleitamento e escore da BSES-SF no hospital.

Discussão

Neste estudo, a idade materna se mostrou como fator de proteção para o AM. As mulheres com idade maior do que 30 anos amamentaram por mais tempo, possivelmente por possuírem mais conhecimento e maior experiência em relação ao AM oferecido aos filhos anteriores, esse dado vai ao encontro a outro achado (FROTA *ET AL.*, 2016); mulheres com mais idades, amamentam mais, quando comparadas às mulheres mais jovens.

Os resultados dos estudos são controversos sobre qual idade materna seria fator de proteção ao AME: alguns citam mulheres com idades acima de 30 anos (ASEMAHAGN, 2016), outros referem a idade acima de 35 anos (SOUZA *ET AL.*, 2012), há os que mencionem a idade de 25 a 35 anos (ASFAW; ARGAW; KEFENE, 2015), alguns alegam como fator causal do desmame precoce a adolescência (VIEIRA *ET AL.*, 2015), e houve um trabalho que não evidenciou correlação entre o tempo de AME e a idade materna (LEONE; SADECK, 2015).

A instrução educacional pode ser um fator de confusão na relação entre idade materna e nível educacional. Neste estudo, ambas as variáveis preditoras apresentaram relação positiva significativa com o aleitamento materno. Em nossos achados, a escolaridade (mais de oito anos de estudo) mostrou-se um fator de proteção para a amamentação. Provavelmente, mulheres sem instrução ou com pouca instrução desconheçam a importância do AME até o mínimo de seis meses de vida, pois não sabem do alto valor nutritivo e calórico do leite materno ao recém-nascido nem dos nutrientes necessários ao seu crescimento e desenvolvimento.

A maioria dos trabalhos demonstrou que o AM é efetivo nas mulheres com maior escolaridade (BEZERRA *ET AL.*, 2012; SOUZA *ET AL.*, 2012; VIEIRA *ET AL.*, 2015). Entretanto, outro relato (CAMPOS *ET AL.*, 2015) mostrou maior prevalência de interrupção do AME entre as mulheres de maior escolaridade. Uma possível explicação para esse achado é que o maior nível de escolaridade aumenta as chances de as mães terem emprego fixo, e o retorno ao trabalho nos primeiros meses de vida da criança pode prejudicar o processo de amamentação.

Neste estudo, trabalhar fora de casa contribuiu para o AME, o que condiz com achado de outro trabalho, onde a variável trabalhar fora de casa mostrou-se associada ao AM aos 60 dias (MARGOTTI; EPIFANIO, 2014) Outro estudo descreveu a permanência da mulher em casa como fator positivo para que fosse oferecido outro tipo de leite antes dos seis meses, em comparação às mulheres com trabalho formal (CAMPOS *ET AL.*, 2015), o que levanta a hipótese de que as

mulheres sem vínculo empregatício sejam menos informadas e mais propensas a desmamarem seus filhos. Tais resultados contradizem os achados de outros estudos (ASEMAHAGN, 2016; SALUSTIANO; DINIZ; ABADALLAH, 2012; SOUZA *ET AL.*, 2012; TEWABE *ET AL.*, 2017), nos quais a permanência da mulher em casa foi fator positivo e, portanto, facilitador ao sucesso da amamentação.

O resultado este estudo chama à atenção, uma vez que o apoio do companheiro na amamentação tem relação estatisticamente positiva com a manutenção e duração do AM. O reflexo do aumento proporcional do apoio com o passar dos anos romperá o modelo tradicional de paternidade, uma vez que tal apoio exerce influência positiva na decisão de amamentar e na duração da amamentação, como também mostram outros relatos (SALVADOR *ET AL.*, 2012; SILVA; SANTIAGO; LAMONIER, 2012; TEWABE *ET AL.*, 2017).

Nos achados desta pesquisa, a estabilidade conjugal dos pais é considerada influência positiva para o AME. Mas informações em contrário também foram encontradas, onde a situação conjugal das entrevistadas não pareceu influenciar o AME positiva ou negativamente, não havendo correlação entre o tempo de AME e a variável 'estado civil' (LEONE; SADECK, 2012; ROCCI; FERNANDES, 2014).

Ao avaliar a relação do escore da BSES-SF com o aleitamento materno, os achados deste estudo demonstraram que o escore da BSES-SF foi fator de proteção ao AM, corroborando outros estudos (MARGOTTI; EPIFANIO, 2014; UCHÔA *ET AL.*, 2014), embora outros trabalhos não tenham obtido resultados semelhantes, ou seja, não tenham encontrado diferença estatisticamente significativa entre tempo de aleitamento exclusivo e não exclusivo, com os escores da BSES-SF (SOUZA; FERNANDES, 2014). Acredita-se que mulheres com score baixo, com baixo nível de confiança no aleitamento têm mais risco de interromper a amamentação do que aquelas que têm total confiança, pois a autoeficácia é um componente da motivação, que está relacionada com a atuação e com a persistência e que exerce papel importante na adoção e na mudança de comportamento.

Evidencia-se como limitação do estudo o viés de memória que as puérperas podem ter apresentado com relação ao período de contato com o bebê e de tê-lo colocado para sugar após o parto, pois foi um fato que ocorreu em um momento de muitas transformações e descobertas, que é o período pós-parto. E o viés de falsa resposta ou de não aceitação, situação onde as mulheres podem não relatar que não estão conseguindo amamentar, já que pode trazer constrangimento pessoal ou familiar e gerar embaraço para as respondentes.

Conclusões

Os fatores relacionados ao AME foram a 'faixa etária', a 'escolaridade materna', o 'estado civil da mãe', o 'trabalho fora de casa', o 'incentivo do companheiro em relação ao aleitamento materno' e o 'escore da BSES-SF'.

Nascer em hospital credenciado como instituição hospitalar Amigo da Criança – hospital que apoia o aleitamento em diversas etapas, desde o ingresso até a saída da mãe com seu filho da maternidade – continua sendo considerado fator de proteção para o AME. Apesar dos esforços empreendidos pelos serviços de saúde e por institutos credenciados como instituição hospitalar Amigo da Criança, uma revisão das práticas adotadas ainda é necessário.

As conclusões desta pesquisa podem contribuir para a reflexão em outras realidades semelhantes, visto que a metodologia utilizada aqui é comum a outros estudos. Tais reflexões podem revelar caminhos para a superação das dificuldades enfrentadas pelos profissionais dos serviços de saúde no apoio à mulher que amamenta e a sua família.

Colaboradores

Margotti E contribuiu para a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados e aprovação final da versão do artigo a ser publicada. Margotti W contribuiu para a orientação do trabalho e redação do artigo.

Agradecimentos

Agradecemos a colaboração da equipe de enfermagem dos hospitais onde foram coletados os dados e à aluna bolsista Pibic (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica), Nara Thassiana Viegas, que colaborou na coleta dos dados. ■

Referências

ASEMAHAGN, M. A. Determinants of exclusive breastfeeding practices among mothers in azezo district, northwest Ethiopia. *International Breastfeeding Journal,* Londres, v. 11, n. 22, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4971749/>. Acesso em: 8 dez. 2016.

ASFAW, M. M.; ARGAW, M. D.; KEFENE, Z. K. Factors associated with exclusive breastfeeding practices in Debre Berhan District, Central Ethiopia: a cross sectional community based study. *International Breastfeeding Journal,* Londres, v. 10, n. 23, 2015.

BEZERRA, V. L. V. A. *et al*. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. *Revista Paulista de Pediatria,* São Paulo, v. 30, n. 2, p. 173-179, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n2/04.pdf >. Acesso em: 8 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido:* guia para os profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v1.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2016.

CAMPOS, A. M. S. *et al.* Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem,* Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 283-290, mar./abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt_0104-1169-rlae-23-02-00283.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2016.

DODT, R. C. M. *et al.* Psychometric assessment of the short form version of the breastfeeding self-efficacy scale in a brazilian sample. *Journal of Nursering Education and Practice,* Toronto, v. 3, n. 2, p. 66-73, 2012.

FROTA, M. A. *et al.* Interfaces of the discontinuation of breastfeeding. *Acta Scientiarum,* Maringá, v. 38, n. 1, p. 33-38, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/28514/pdf>. Acesso em: 8 dez. 2016.

GLASSMAN, M. E. *et al.* Impact of Breastfeeding Self-Efficacy and Sociocultural Factors on Early Breastfeeding in an Urban, Predominantly Dominican Community. *Breastfeeding Medicine,* Nova Iorque, v. 9, n. 6, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24902047>. Acesso em: 8 dez. 2016.

LEONE, C. R.; SADECK, L. S. R. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 21-26, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103--05822012000100004&script=sci_abstract&tlng=pt>.

Acesso em: 8 dez. 2016.

MARGOTTI, E.; EPIFANIO, M. Aleitamento materno exclusivo e a escala de autoeficácia na amamentação. *Revista Rede de Enfermagem do Nordeste,* Fortaleza, v. 15, n. 5, p. 771-779, 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/286852452_Exclusive_maternal_breastfeeding_and_the_Breastfeeding_Self-efficacy_Scale>. Acesso em: 8 dez. 2016.

PASSANHA, A. *et al.* Influência do apoio ao aleitamento materno oferecido pelas maternidades. *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, v. 49, n. 85, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp--S0034-89102015049005354.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2016.

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C.; LIMA, R. C. D. Aleitamento materno: um direito à saúde. *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 28, n. 67, p. 112-117, maio/ago. 2004. Disponível em: <http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.28%2C+N.67+-+maio&pesq=aleitamento+materno&x=106&y=11>. Acesso em: 8 dez. 2016.

REZENDE, J. *Obstetrícia fundamental*. 12. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2012.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem,* Brasília, DF, v. 67, n. 1, p. 22-27, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100022>. Acesso em: 8 dez. 2016.

SALUSTIANO, L. P. Q. *et al*. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seus meses. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,* Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 28-33, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n1/a06v34n1.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2016.

SALVADOR, J. P. *et al*. Participação do companheiro na promoção do aleitamento materno exclusivo em hospital amigo da criança. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI,* Teresina, v. 5, n. 1, p. 30-36, 2012. Disponível em: <http://www.uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v5n1/pesquisa/p5_v5n1.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2016.

SILVA, B. T.; SANTIAGO, L. B.; LAMONIER, J. A. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. *Revista Paulista de Pediatria,* São Paulo, v. 30, n. 1, p. 122-130, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n1/18.pdf >. Acesso em: 8 dez. 2016.

SOUZA, E. F.; FERNANDES, R. A. Autoeficácia na amamentação: um estudo de coorte. *Acta Paulista Enfermagem,* São Paulo, v. 27, n. 5, p. 465-470, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0465.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2016.

SOUZA, S. N. D. H. *et al*. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. *Acta Paulista Enfermagem,* São Paulo, v. 25, n. 1, p. 29-35, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a06.pdf >. Acesso em: 8 dez. 2016.

TEWABE, T. *et al*. Exclusive breastfeeding practice and associated factors among mothers in Motta town, East Gojjam zone, Amhara Regional State, Ethiopia, 2015: a cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, Londres, v. 12, n. 12, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28261318>. Acesso em: 8 dez. 2016.

UCHÔA, J. L. *et al*. Sociodemographic and obstetric history in maternal self-efficacy in nursing: a study in panel. *Online Brazilian Journal of Nursing,* Niterói, v. 13, n. 4, p. 645-655, set. 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/272412669_Sociodemographic_and_obstetric_history_in_maternal_self-efficacy_in_nursing_A_study_in_panel>. Acesso em: 8 dez. 2016.

VIEIRA, G. O. *et al*. Trends in breastfeeding indicators in a city of northe astern Brazil. *Jornal de Pediatria,* Rio de Janeiro, v. 91, n. 3, p. 270-277, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v91n3/pt_0021-7557-jped-91-03-00270.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2016.

Recebido para publicação em março de 2017
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Quem são os moradores de residências terapêuticas? Perfil de usuários portadores de transtornos mentais desinstitucionalizados

Who are the residents of therapeutic residential services? Profile of de-institutionalized patients with mental disorders

Vanessa Vieira França[1], Marília Pereira Alves[2], Ana Luzia Medeiros Araújo da Silva[3], Tatiane Gomes Guedes[4], Iracema da Silva Frazão[5]

RESUMO Este artigo teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Trata-se de um estudo transversal, censitário, com 190 moradores de SRT de Recife (PE), analisando as variáveis de perfil sociodemográfico e o histórico psiquiátrico. Observou-se que os moradores se caracterizam, em sua maioria, por homens, solteiros, idosos, analfabetos e histórico de múltiplos e longos internamentos psiquiátricos. Conclui-se que as condutas iatrogênicas praticadas no hospital deixaram sequelas importantes em diversos aspectos da vida dos usuários e tornaram-se numa dívida social que ainda precisa ser paga pela sociedade.

PALAVRAS-CHAVE Moradias assistidas. Serviços de assistência domiciliar. Serviços de saúde mental. Transtornos mentais. Desinstitucionalização.

ABSTRACT *This article aimed to characterize the sociodemographic and clinical profile of residents of Therapeutic Residential Services (TRS). A cross-sectional, census-based study was carried out with 190 TRS residents from Recife (PE), Brazil. Data collection occurred on an individual basis in TRS. Most of the residents are men, unmarried, elderly, illiterate and with history of various and long-term psychiatric hospitalizations. The iatrogenic conducts practiced in the hospital have left important sequels in several aspects of the life of users and have become a social debt that is yet to be paid by society.*

KEYWORDS *Assisted living facilities. Home care services. Mental health services. Mental disorders. Deinstitutionalization.*

[1] Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Departamento de Enfermagem – Recife (PE), Brasil. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip) – Recife (PE), Brasil. *vanessafranca__@hotmail.com*

[2] Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Departamento de Enfermagem – Recife (PE), Brasil. *mariliaalvesenf@hotmail.com*

[3] Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Departamento de Enfermagem – Recife (PE), Brasil. *analuzia_medeiros@hotmail.com*

[4] Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Departamento de Enfermagem – Recife (PE), Brasil. *tatigguedes@yahoo.com.br*

[5] Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Departamento de Enfermagem – Recife (PE), Brasil. *isfrazao@gmail.com*

 DOI: 10.1590/0103-1104201711416

Introdução

Instituídos por meio da Portaria nº 106/2000 do Ministério da Saúde, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) podem ser conceituados como:

> Moradias ou casas inseridas, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. (BRASIL, 2000, P. 1).

Esses dispositivos foram criados no intuito de contribuir para a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos ocupados pelos 'moradores do hospital' que, apesar de terem o perfil clínico para residir na comunidade, apresentavam laços familiares e sociais comprometidos ou mesmo rompidos por decorrência da associação perversa entre o transtorno mental e longos anos de reclusão e distanciamento dos seus pares (SILVEIRA; SANTOS JUNIOR, 2011).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, em dezembro de 2014, existiam 610 SRT implantados no País com 3.470 moradores. Pernambuco conta com 58 SRT, dos quais 31 localizam-se em Recife (BRASIL, 2015).

É inegável a importância dos SRT para a efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira e desospitalização daqueles com poucos ou nenhum laço social. Apesar da existência de tais dispositivos de forma oficial há 15 anos, evidenciam-se, na literatura científica, poucos estudos acerca do real perfil dos moradores desses serviços. Estudo realizado no Piauí com 11 moradores de dois SRT evidenciou um perfil composto por homens, com idade média de 45 anos e com ensino fundamental. No Rio de Janeiro, investigação realizada em prontuários com 66 moradores pertencentes a três SRT evidenciou um predomínio da faixa etária de 41 a 60 anos e a presença das comorbidades como hipertensão e tabagismo (ALVES *ET AL.*, 2010; BRASIL, 2005; LAGO *ET AL.*, 2014).

Investigações aprofundadas sobre o perfil com amostras significativas da população são relevantes para evidenciar quais são as reais características que esse grupo, até o momento pouco estudado, possui. Dessa forma, pode-se contribuir para a elaboração de planos de cuidado e de políticas públicas voltadas às reais características que esses moradores apresentam. Diante dessas questões, o objetivo do estudo foi caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de moradores de STR, residentes em Recife (PE).

Métodos

Estudo descritivo, de corte transversal. Teve como cenário os 31 STR em funcionamento, até março de 2015, no município de Recife (PE).

A população do estudo foram os 229 moradores de ambos os sexos, residentes em SRT até julho de 2015 no referido município. Foram excluídos moradores em internamento hospitalar ou fora da cidade durante o período de coleta de dados; moradores impossibilitados para participar do estudo por questões de enfermidade física ou mental e que não possuíam curador legal nomeado ou que o curador não pudesse ser contatado durante o período de coleta de dados. A amostra foi do tipo censitário em virtude do tamanho da população e pelas singularidades que envolvem suas histórias clínicas e psiquiátricas.

Em decorrência de óbitos (5), de internamentos hospitalares (2), de afastamento do morador da cidade durante a coleta de dados (3), de recusa do participante (13) ou de seu curador legal (16), a amostra final correspondeu a 190 moradores.

Utilizou-se para a coleta de dados instrumento estruturado, elaborado com base no 'Caderno de Atenção Básica nº 19' do Ministério da Saúde e no modelo de formulário para atendimento ambulatorial do

Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), serviço universitário da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) que presta cuidado multiprofissional a idosos. Para este estudo, foram analisadas as variáveis de perfil socioeconômico e familiar: idade, sexo, estado civil, renda, escolaridade, curatela, histórico de abandono familiar, de situação de rua, de perda de documentos pessoais pregressa ao SRT e contato familiar após mudança para o SRT. Com relação ao perfil psiquiátrico, analisaram-se as variáveis: número de internamentos em hospital psiquiátrico durante a vida, tempo do último internamento em hospital psiquiátrico, tempo de residência em SRT, internamento em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, além dos diagnósticos psiquiátricos mais prevalentes em prontuário.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista, com uso de questionário estruturado, mediante pacto com a coordenação dos SRT e com as equipes técnicas de cada residência e dos respectivos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) de referência. Inicialmente, por exigência da gestão, a coleta de dados ocorreu individualmente, em local reservado nos Caps, após o convite de participação na pesquisa pela equipe técnica das SRT e esclarecimento dos termos do estudo. No dia e horário agendados, um veículo da prefeitura fazia o translado de ida e volta desse morador ao seu Caps de referência, onde seria realizada a entrevista.

Durante o primeiro momento, evidenciou-se que parte da população apresentava dificuldades de locomoção, questões clínicas e psiquiátricas que dificultavam seu translado ou até mesmo se recusavam a sair de casa. Devido a tais questões, a equipe de pesquisa foi autorizada a realizar a coleta de dados nas instalações dos SRT nesses casos específicos. Tal mudança não atrapalhou o andamento da pesquisa. Pelo contrário, contribuiu para que o número de perdas fosse reduzido. Para minimizar os vieses relacionados à memória e a respostas incompletas, foi realizada a triangulação dos dados com a confirmação dos dados informados, por meio de consulta ao prontuário disponível no Caps, bem como a validação das informações pelo cuidador responsável.

Para análise dos dados, foi construído um banco no programa Epi Info, versão 3.5.2, por meio de dupla digitação, posterior validação e correção dos valores divergentes. O banco foi exportado para o *software* SPSS, versão 18, em que foi realizada a análise. Para avaliar o perfil sociodemográfico, clínico, psiquiátrico e de capacidade funcional, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as distribuições de frequência.

Este artigo é parte do projeto intitulado 'Serviços de Residências Terapêuticas: demandas de cuidado para enfermagem', que atende a Resolução nº 466/12 e que obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, por meio do CAAE: 37085914.0.0000.5208 e parecer de número 859.731.

Resultados

A maior parcela da população do estudo era composta por homens (64,7%), solteiros (82,6%), analfabetos (43,7%), com renda entre um e menos do que dois salários mínimos (70,6%), com 60 anos ou mais (33,2%), idade mínima de 25 anos e máxima de 89 anos, com média de 54,05 anos (desvio-padrão, DP=13,33). O teste de comparação de proporção foi significativo para todos os fatores sociodemográficos avaliados (p-valor<0,001), exceto para idade, na qual a chance de pertencer a qualquer uma das quatro faixas etárias foi idêntica (*tabela 1*).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos de Recife (PE), 2015

Característica	N= 190	%	p-valor[1]
Sexo			
Masculino	123	64,7	<0,001
Feminino	67	35,3	
Idade* (em anos completos)			
25 – 44	43	23,4	0,084
45 – 53	40	21,7	
54 – 59	40	21,7	
≥ 60	61	33,2	
Mínimo		25	
Máximo		89	
Média±Desvio padrão		54,05 ± 13,33	
Estado Civil			
Solteiro	157	82,6	<0,001
Separado/divorciado	23	12,1	
Viúvo	6	3,2	
Casado	4	2,1	
Escolaridade			
Não escolarizado	83	43,7	<0,001
Alfabetizado	18	9,5	
Ensino Fundamental completo / incompleto	67	35,3	
Ensino Médio completo / incompleto	13	6,8	
Ensino Superior	9	4,7	
Renda (Salários Mínimos)			
Sem renda	47	24,7	<0,001
<1 SM	8	4,2	
1 ├ 2	134	70,6	
2 ├ 3	1	0,5	

*6 moradores não possuíam documentos e não sabiam relatar suas histórias de vida.

[1]p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Com relação ao perfil familiar de moradores de SRT, 55,8% relataram, no momento da entrevista, manter contato com seus familiares. A história de transtorno mental na família esteve presente em 14,2% dos moradores. O abandono familiar aconteceu em 30,5% dos casos, e 26,3% dos moradores possuíam história pregressa de situação de rua. A curatela esteve presente em 22,1% da população.

O histórico psiquiátrico (*tabela 2*) demonstrou que 41,6% dos moradores apresentaram entre 3 e 10 internamentos psiquiátricos durante a vida. No último internamento, o tempo de estada no hospital psiquiátrico variou entre 5 meses e 40 anos com tempo médio de 9,48 anos (DP=8,409). A maioria dos moradores tinha entre 1 e 5 anos de SRT (55,8%). O teste de comparação

de proporção foi significativo para todos os fatores avaliados (p-valor<0,05), indicativo de que o perfil psiquiátrico descrito é significativamente mais frequente na população em estudo. O internamento, em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, esteve presente em 8,9% dos moradores. O relato de ausência de documentos na admissão ou perda durante o internamento psiquiátrico em hospital ocorreu em 32,6% dos casos.

Tabela 2. Perfil psiquiátrico de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos de Recife (PE), 2015

Característica	N= 190	%	p-valor
Número de internamentos hospitalares			
1	48	25,3	
2	27	14,2	<0,001
3-10	79	41,6	
> 10	36	18,9	
Tempo do último internamento*(anos)			
≤ 2	39	21,1	
2 ├ 9	72	38,9	0,002
≥ 10 anos	74	40,0	
Mínimo		5 meses	
Máximo		40 anos	
Média±Desvio padrão		9,48 anos± 8,4	
Tempo de SRT (em anos completos)			
≤ 1	29	15,3	
1 ├ 5	106	55,8	<0,001
> 5	55	28,9	
Mínimo		2 meses	
Máximo		12 anos	
Média±Desvio padrão		5 anos ± 2	

Nota: 5 moradores tiveram a indicação para residir em um SRT pelo Caps de referência, dessa forma, não tiveram internamento em hospital psiquiátrico pregresso à residência.

Com relação ao diagnóstico psiquiátrico (*tabela 3*), foi mais prevalente o grupo dos transtornos esquizotípicos, esquizofrenia e transtornos delirantes (diagnóstico isolado) (57,4%). O transtorno mais prevalente foi a esquizofrenia residual (isolado ou associada a outros transtornos), que esteve presente em 51,6%; e a esquizofrenia paranoide (isolado ou associada a outros transtornos) em 15,3% da amostra total.

Tabela 3. Diagnósticos psiquiátricos de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos de Recife (PE), 2015

Descrição dos diagnósticos	N	%
Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes	109	57,4
Esquizofrenia + Comorbidade psiquiátrica	22	11,6
Retardo mental	12	6,2
Retardo mental + Comorbidade psiquiátrica	14	7,2
Outros transtornos mentais	6	3,1
Outros diagnósticos duplos, triplos ou quádruplos	27	14,5
Total	**190**	**100**

Discussão

Inicialmente, é importante ressaltar que o público a que este estudo se refere possui um histórico de diversas violações de direitos, inclusive o de cuidado integral. Dessa forma, fazia-se importante olhar para a singularidade da experiência do internamento de longa permanência em hospital psiquiátrico com posterior moradia em residência terapêutica de forma a evidenciar todas essas demandas. Contudo, ao se consultar a literatura científica disponível, evidenciou-se um número reduzido de estudos quantitativos que analisavam quem são as pessoas que residem nesses espaços. Diante dessa lacuna, em muitos momentos, foi necessário comparar os resultados encontrados com outras prevalências evidenciadas na população brasileira e nordestina geral, com censos realizados em hospitais psiquiátricos em todo o País e com a análise do perfil de usuários de Caps.

A maior prevalência de homens solteiros, evidenciada nos SRT de Recife, também pôde ser encontrada em outros estudos realizados tanto em residências do Piauí e Rio de Janeiro como também em hospitais psiquiátricos. Essa distribuição por sexo não é observada no perfil demográfico da cidade do Recife onde a população feminina corresponde a 53,87%. As análises epidemiológicas sobre a prevalência de transtornos mentais entre os gêneros evidenciam que as mulheres são mais vulneráveis aos transtornos mentais, com ênfase aos sintomas ansiosos e depressivos, aos transtornos alimentares e às sequelas das situações de violência de gênero (ALVES *ET AL.*, 2010; CAYRES *ET AL.*, 2015; GOMES *ET AL.*, 2002; LAGO *ET AL.*, 2014; MELO *ET AL.*, 2015; ROSA; CAMPOS, 2012).

O impacto que o transtorno mental exerce, no cotidiano doméstico, está relacionado com a posição que o paciente ocupa nessa família. Culturalmente, o homem exerce o papel de provedor financeiro da casa, enquanto a mulher, apesar de hoje apresentar jornadas duplas de trabalho, ainda exerce a função de cuidadora da casa, da família e dos seus membros, adoecidos ou não (ROSA; CAMPOS, 2012; SANTIN; KLAFKE, 2011).

Dessa forma, a família que recebe esse portador de transtorno mental em casa após longos períodos de internamento psiquiátrico apresenta expectativas diferentes entre os gêneros, baseada no cenário cultural. O predomínio de pacientes do sexo masculino em hospitais psiquiátricos pode estar relacionado com a esperada atuação do usuário, por sua família, no papel de provedor financeiro. Essa expectativa pode ser frustrada em decorrência do transtorno mental apresentado pelo usuário. Já entre as mulheres, mesmo com algum comprometimento, ainda é possível, em muitos casos, a realização de atividades domésticas mais simples, culturalmente aceitas como desempenho social suficiente (FRAZÃO, 2007).

Estudo realizado no município de Lorena, São Paulo, com 5.830 prontuários de usuários de ambulatórios de saúde mental e Caps, evidenciou uma idade média de 47,9 anos e predomínio do sexo feminino entre os usuários do ambulatório e de 41 anos e maior prevalência do sexo masculino entre aqueles que frequentam os Caps (PEREIRA *ET AL.*, 2012).

No presente estudo, com relação à faixa etária, predominaram os moradores idosos, o que diverge dos resultados de outros estudos em que há relatos no cenário hospitalar de uma maior prevalência de adultos jovens ou daqueles com menos de 50 anos (⅔ da população). É importante, entretanto, evidenciar que a prevalência de usuários em idade produtiva (de 18 a 59 anos) foi expressiva (66,8%). Altas prevalências de pessoas de idade economicamente ativa nos hospitais psiquiátricos ou nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) (como os ambulatórios e os Caps) resulta no incremento da necessidade de concessão de benefícios financeiros por incapacidade temporária para os cofres públicos (GOMES *ET AL.*, 2002).

Estudo ecológico realizado com dados secundários do Ministério da Previdência Social, entre 2008 e 2011, evidenciou que os transtornos mentais e comportamentais figuram como o terceiro maior motivo para a concessão de benefícios. A diminuição da força produtiva pode gerar importantes custos ao Estado, e a exclusão social pode agravar ainda mais o sofrimento do grupo. Além disso, por volta dos 18 anos, início da idade economicamente ativa, o usuário pode ainda frequentar o ambiente escolar e aprender a realizar suas práticas sociais e laborais. Além do transtorno mental, que, de certa forma, já contribui para estabelecer uma dificuldade nos relacionamentos interpessoais, o isolamento provocado pelos longos períodos de internamento reforça o comprometimento de ordem social.

Outros estudos realizados em hospitais psiquiátricos do Ceará, São Paulo e Rio de Janeiro encontraram prevalência mais elevada de pessoas nas faixas etárias entre 40 e 59 anos (51,2%) ou superior a 50 anos (62,2%), com ênfase entre 50 e 59 anos (26,7%), o que sugere que além dos transtornos mentais de evolução crônica, o processo de envelhecimento e o ônus para saúde alcançarão também esses SRT (CAYRES *ET AL.*, 2015; GOMES *ET AL.*,2002; MELO *ET AL.*, 2015).

O rápido processo de envelhecimento evidenciado no País, em destaque nesses serviços, traz desafios ao sistema de saúde como: maior número de idosos com necessidades de tratamento e controle de doenças crônicas não transmissíveis, prevenção de agravos e promoção da saúde, de independência e de mobilidade. O relatório do Banco Mundial, de 2011, demonstrou que os gastos com a saúde terão um aumento considerável em virtude do aumento do número de idosos na população brasileira e com a frequência de uso dos serviços de saúde, relacionado com as comorbidades crônicas (FISCHER, 2014; SILVA JÚNIOR).

O fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e a ampliação da sua cobertura são considerados estratégicos para o cuidado do idoso na comunidade. Somado às estratégias aqui já consideradas, faz-se necessário que os profissionais da saúde, cuidadores e técnicos de referência envolvidos no cotidiano desse morador estejam preparados e capacitados para responder a essa demanda emergente. Estudo realizado em Botucatu (SP), mostrou que profissionais de nível superior envolvidos com o cuidado ao idoso reconhecem o aumento da população brasileira e, ao mesmo tempo, o despreparo para suprirem suas demandas de cuidado, demonstrando que, por vezes, essa assistência é prestada de forma tecnicista e fragmentada, centrada no modelo biomédico (SILVA JÚNIOR; FISCHER, 2014; VASCONCELOS; GOMES, 2012).

A falta de atividade remunerada entre os moradores dos SRT de Recife também foi observada em 82% dos internos nos hospitais psiquiátricos do Ceará. Chama a atenção que essa realidade ainda ocorra no SRT, tendo em vista que o trabalho poderia ser

uma ferramenta importante para a reinserção e busca da autonomia por esse morador (MELO *ET AL.*, 2015).

Apesar de os moradores não exercerem atividade remunerada, 75,3% destes possuíam renda. Entre estes, 70% recebiam um e menos que dois salários mínimos, o que corresponde ao valor do benefício de prestação continuada; e R$ 412,00 relativos à bolsa do Programa de Volta para Casa (PVC), (benefícios sociais que fazem parte da política de assistência social brasileira e política de saúde mental respectivamente). Salienta-se que o PVC é uma das principais estratégias utilizadas para fortalecer e contribuir para a realização do processo de desinstitucionalização, tendo em vista que é uma política pública de inclusão social instituída pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência, a fim de fornecer aporte financeiro e auxiliar na construção da autonomia dos egressos dos hospitais psiquiátricos após longa permanência (BRASIL, 2011).

Estudo qualitativo realizado entre usuários de Caps do Recife evidenciou dificuldade nesse grupo para traçar um plano de vida que não incluísse a aposentadoria ou o benefício já recebido. No Brasil, a manutenção ou retirada do benefício é realizada por perito que avalia o quadro psiquiátrico do beneficiário (FRAZÃO, 2007).

A economia solidária é uma solução viável para a problemática. Ela expressa um novo modo de produção, por meio da cooperação em empreendimentos coletivos e cadeias solidárias articuladas. Tal forma de produção é uma alternativa que estimula a autonomia financeira ao passo que considera o ser humano na sua integralidade, desenvolvendo suas potencialidades. Dentre as iniciativas, destacam-se as oficinas de geração de renda e as cooperativas que atuam na inclusão do portador de transtorno mental no âmbito da economia solidária. Esses dispositivos são importantes instrumentos na efetivação da Reforma Psiquiátrica por realizarem a inclusão social dos usuários, aumento da autonomia e ampliarem o acesso à renda (BRASIL, 2010).

Atualmente, o trabalho formal é de difícil acesso para uma parcela considerável da população, portadora ou não de transtornos mentais. A competitividade presente nas empresas e no mercado de trabalho produz uma massa de excluídos, sem acesso às oportunidades laborais. O transtorno mental não é necessariamente um impeditivo para a busca pelo trabalho, mas é sabido que as vagas hoje são insuficientes. Somado à presença do transtorno, a população que é residente de SRT no município do Recife ainda possui uma baixa escolaridade e um número elevado de internações psiquiátricas durante a vida (entre 3 e 10), o que contribui para que esse grupo tenha dificuldades em participar efetivamente do mercado de trabalho, sem recorrer ao princípio da equidade por meio do benefício de uma condição diferenciada de acesso e permanência (FRAZÃO, 2007).

Para superar esses problemas, foram criadas estratégias que visam à reinserção do portador de transtorno mental no mercado de trabalho formal, no intuito de combater o estigma e elevar essa população ao mesmo patamar dos demais trabalhadores em direitos e deveres. Por exemplo, tem-se o Projeto de Gerência de Trabalho, realizado de forma pioneira no Brasil na cidade de Nova Friburgo (RJ), que pretende assegurar o acesso à pessoa com transtorno ao mercado trabalhista, cumprindo jornada de trabalho diferenciada e com salários compatíveis ao tempo trabalhado. Esses funcionários são acompanhados por estagiários de psicologia para cumprir a função de gerentes de trabalho e recebem a retaguarda dos serviços de saúde mental (SALIS, 2013).

No que tange à tutela desse morador, a curatela esteve presente em 22,1% da população de moradores de SRT em Recife. Censo realizado em 53 hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo evidenciou que 38% dos moradores eram curatelados, e que

64,9% destes recebiam benefícios financeiros. O morador curatelado, na maioria dos casos, tem contato com seus familiares. Tal fato desperta a discussão acerca do relacionamento dessa família com o morador e do papel que a renda deste desempenha no cotidiano doméstico da sua família de origem (CAYRES *ET AL.*, 2015).

Se por um lado a curatela representa responsabilidade sobre as decisões e cuidados à pessoa incapaz, por outro, em muitos casos, os curadores transferem essa responsabilidade de cuidado cotidiano para os SRT, assumindo de fato apenas com a responsabilidade nas decisões financeiras. Essas questões podem ter origem no desgaste das relações familiares, no ônus financeiro e na falta de expectativa desse grupo em relação ao futuro do doente, que traz conflitos, descompassos e repercute diretamente no processo terapêutico (FRAZÃO, 2007).

O cuidado do familiar ao portador de transtorno mental no ambiente doméstico implica, por vezes, a renúncia de trabalho remunerado e envolve aumento dos custos com transporte para o tratamento e com alimentação (muitas vezes associada a um aumento do apetite do usuário em decorrência do uso do medicamento psicotrópico). O contrário também é evidenciado na prática. Estudo realizado em um Centro de Referência em Saúde Mental de Teresópolis (RJ) com usuários e familiares evidenciou que o benefício recebido por esse usuário lhe confere o status de provedor da renda familiar, sendo seu dinheiro fundamental para a sobrevivência da família. Geralmente esse provedor apresenta dificuldades para administrar suas finanças e, por consequência, não possui autonomia financeira para gastos pessoais. Durante a realização do presente estudo, as autoras observaram que, por vezes, a família adota o benefício do usuário como principal provento familiar, mas 'terceiriza' a responsabilidade do cuidado desse doente ao hospital psiquiátrico ou SRT (LIMA; NOGUEIRA, 2013; ROMAGNOLI, 2001).

Estudos identificaram taxa de ausência de vínculos familiares nos hospitais psiquiátricos variando entre 39,5% e 74,4%. Cabe, pois, ressaltar que a prevalência encontrada nos SRT ficou muito próxima, a qual mostra, portanto, que, apesar da mudança de cenário, a reaproximação dos familiares ainda é frágil e que são necessários maiores estudos e investimentos para a compreensão e possível reversão dessa realidade. Censo realizado nos hospitais psiquiátricos de São Paulo evidenciou ainda que as fragilidades de vínculos familiares se agravam à medida que o tempo de internação se prolonga (CAYRES *ET AL.*, 2015; GOMES *ET AL.*, 2002; MELO *ET AL.*, 2015).

O histórico de ausência/perda de documentos durante o internamento hospitalar neste estudo permeou 32,4% dos moradores de SRT. Realidade semelhante foi referida em censo psicossocial realizado em São Paulo em 2008, em que 21% não possuíam documentos, o que foi relatado nos SRT, por parte de seus gestores e profissionais, como sendo um problema frequente e relacionado com outros setores como o Judiciário (FURTADO, 2006).

Muito mais importante do que discutir de quem é a responsabilidade pela ausência desses documentos é a necessidade de buscar soluções para a regularização da situação de resgate das condições de cidadão dos ex-internos de hospital psiquiátrico, visto que a posse do documento civil alicerça o acesso a outros direitos de cidadania vinculados às políticas de proteção, seguridade social e saúde (CAYRES *ET AL.*, 2015).

Em São Paulo, por exemplo, foi criado o 'projeto cidadania' com o intuito de recuperar a documentação original ou retirar a Certidão Tardia de Nascimento, promover o resgate de histórias de vida, de identidades e vínculos e subsidiando o acesso aos benefícios (CAYRES *ET AL.*, 2015).

A escolaridade dos moradores mostrou-se inferior à média nacional de anos de estudo, com uma prevalência de analfabetismo de 43,7% nos SRT. A Pesquisa Nacional por

Amostra de Domicílios de 2011 evidenciou que o percentual de brasileiros não escolarizados foi de 11,48%, três vezes menor do que a taxa identificada neste estudo. Estudo realizado em dois SRT observou taxa de analfabetismo, também, superior à média nacional, mas ainda inferior à do presente artigo (36,4%), sendo mais prevalente o ensino fundamental (54,5%). Estudos realizados em hospitais psiquiátricos identificaram taxas de 50% e 66,7% (IBGE, 2011; LAGO *ET AL.*, 2014).

A média de tempo do último internamento em hospitais psiquiátricos foi de 9,5 anos, em que 38,4% têm 10 anos ou mais de internamento. O predomínio dessa faixa de tempo foi evidenciado nos hospitais psiquiátricos paulistas (75,5% dos internos) e cariocas (36,5%). É importante ressaltar que a maior parcela dos moradores de SRT de Recife possui um histórico de 3 a 10 internamentos em hospitais psiquiátricos durante a vida. Destaca-se, também, que longos períodos de internamento podem piorar as manifestações clínicas das doenças psiquiátricas (ALENCAR; AGUIAR, 2009; CAYRES *ET AL.*, 2015; GOMES *ET AL.*, 2002; MELO *ET AL.*, 2015).

Com relação ao diagnóstico psiquiátrico, na realidade dos moradores recifenses, a esquizofrenia residual (51,6%) foi a mais prevalente, seguida pela esquizofrenia paranoide (15,3%). A esquizofrenia é a doença mais relatada nos artigos sobre perfil clínico-psiquiátrico de moradores de hospital psiquiátrico, com prevalência de 41% no Ceará, 43,1% em São Paulo e 53,6% no Rio de Janeiro. Estudo realizado com 1.444 portadores de transtornos psicóticos de Caps do estado de Sergipe demonstrou uma prevalência de 75,3% de esquizofrenia. A literatura aponta que a doença ocorre em 1% da população mundial. Ao longo do tempo, os sintomas positivos mais exuberantes (delírios e alucinações) tendem a diminuir de intensidade, enquanto os sintomas negativos mais residuais (embotamento afetivo e comportamentos bizarros) podem se tornar mais evidentes (CAYRES *ET AL.*, 2015; GOMES *ET AL.*, 2002; MELO *ET AL.*, 2015; SILVEIRA *ET* AL., 2011).

A esquizofrenia residual, em muitos casos, é o estágio tardio de evolução que se caracteriza pela presença persistente de sintomas negativos, como retardo psicomotor, hipoatividade, embotamento afetivo, descuido pessoal, isolamento social e pobreza de discurso. A presença de um elevado percentual de casos de esquizofrenia residual corrobora o elevado tempo de doença encontrado nos moradores de SRT.

Conclusões

O estudo evidenciou que o perfil sociodemográfico e psiquiátrico de moradores de SRT de Recife (PE) é composto prioritariamente por homens, solteiros, idosos, analfabetos, com renda entre 1 e 2 salários mínimos, com histórico entre 3 e 10 internamentos psiquiátricos durante a vida e no último internamento passou mais de 10 anos. O diagnóstico mais prevalente é a esquizofrenia residual.

A identificação do perfil dessa população é estratégica para nortear as intervenções ajustadas à realidade vivenciada e ao histórico de adoecimento desses usuários. As sequelas biopsicossociais trazidas pela elevada quantidade de internamentos psiquiátricos durante a vida e pela longa duração do último precisam ser estudadas em profundidade no intuito de responder a uma dívida social histórica que a sociedade brasileira possui com essa população.

Somadas as questões secundárias ao período de reclusão, esses moradores apresentam em sua composição etária um importante percentual de idosos. O envelhecimento gera ao sistema de saúde uma série de repercussões, principalmente quando este envolve a convivência com doenças crônicas. É sugerido que a equipe que realiza a assistência diária nesses serviços enfatize em sua prática, além do cuidado ao transtorno mental crônico e a reinserção social, os aspectos clínicos relacionados com o envelhecimento.

É necessário que haja investigações adicionais sobre o relacionamento familiar dos moradores de SRT que questionem diretamente os atores envolvidos. O não recebimento desse usuário no seio familiar pode estar relacionado com o fato de que conviver com essa pessoa impõe à família reorganização estrutural, alteração nas rotinas, nas vivências de sentimentos, lembranças e emoções que consciente ou inconscientemente desestimulam o processo de reinserção familiar. É fundamental que continuem a ser realizados trabalhos com essas famílias visando reconstruir os laços rompidos ou fragilizados e que, na medida do possível, esse morador possa gradualmente fazer o caminho 'de volta para casa'.

A fim de superar as limitações causadas pela falta de documentos pessoais ou a perda da identidade do sujeito, recomenda-se a realização de convênios com órgãos públicos na realidade local, que viabilizem a retirada da segunda via dos documentos ou busca em cartórios, com vista à retomada da sua cidadania e efetivação do processo de Reforma Psiquiátrica pelos moradores. Além disso, recomenda-se também que sejam criados treinamentos ou capacitações que abordem os trabalhadores das SRT e da Raps; o manejo a essa população pautado no perfil identificado, em especial, dando atenção ao componente etário, no que tange ao manejo de comorbidades crônicas, à promoção da saúde e à prevenção de agravos.

A Reforma Psiquiátrica preconiza a reabilitação desse usuário para o máximo de sua função como bandeira mais importante desse processo, seja ela por meio do acesso ao trabalho, à renda, a centros de convivência e/ou à família, no intuito de viabilizar a possibilidade de retorno desse morador a sua comunidade. A elaboração de intervenções para a retomada dos laços familiares fragilizados é, portanto, importante para o manejo com esse grupo.

Este estudo apresenta como limitações o fato de ter sido realizado em apenas um município, excluídos os moradores que não possuíam curador legal nomeado e de que parte da triangulação dos dados foi realizada por meio de prontuários, que em alguns casos encontravam-se com informações incompletas.

O estudo traz, também, entre as contribuições, a descrição do perfil de moradores de SRT de uma capital brasileira que historicamente apresentava o maior número de hospitais e leitos psiquiátricos do Nordeste. Apesar dos avanços acerca da desinstitucionalização de pacientes com transtorno psiquiátrico grave evidenciado em Recife nos últimos anos, faz-se necessário que o progresso da desospitalização adentre ainda mais o estado, ao levar os pacientes de volta às cidades natais e comunidades de origem antes do internamento psiquiátrico na capital do estado, ainda considerada grande polo médico-assistencial para diversas especialidades, inclusive da psiquiatria.

Colaboradores

Declara-se para os devidos fins que todos os autores deste artigo participaram das etapas abaixo listadas:

a) contribuição substancial para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados;

b) contribuição significativa para a elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo;

c) participação na aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

ALENCAR, B. L., AGUIAR, B. L. *Serviços de residências terapêuticas:* entre a tutela e a autonomia, a incansável busca pelo cuidado. 2009. 124 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

ALVES, C. *et al*. Perfil dos pacientes de três residências terapêuticas de um hospital psiquiátrico municipalizado do estado do Rio de Janeiro. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, Rio de janeiro, v. 2, n. 1, p. 149-52, jan. 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/848>. Acesso em: 19 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,* Brasília, DF, 11 nov. 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 23 dez. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 2 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil, documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental*: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados,* Brasília, DF, v. 8, n. 12, out. 2015.

_____. Ministério do Trabalho. Secretaria Nacional de Economia Solidária. Departamento de Estudos e Divulgação. *Especificações complementares para cursos de atualização e Especialização para gestores públicos*. Brasília, DF: Ministério do Trabalho, 2010.

CAYRES, A. Z. F. *et al*. *Caminhos para a desinstitucionalização no estado de São Paulo*: Censo psicossocial 2014. 1 ed. São Paulo: FUNDAP, 2015.

FRAZÃO, I. S. *Eu acho que a pessoa doente mental pode trabalhar; Eu trabalho e não sou doente mental?:* o processo de reinserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho. 275 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 785-95, jan. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300026>. Acesso em: 19 jul. 2017.

GOMES, M. P. C. *et al*. Censo dos pacientes internados em uma instituição asilar no estado do rio de janeiro dados preliminares. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de janeiro, v. 18, n. 6, p. 1803-1807, jan. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13279.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de Emprego e Rendimento. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

LAGO, E. A. *et al*. Perfil de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. *Revista de Enfermagem da UFPI,* Piauí, v. 3, n. 1, p. 10-7, jan. 2014. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1113>. Acesso em: 19 jul. 2017.

LIMA, M. T.; NOGUEIRA, F. M. D. O modelo brasileiro de assistência a pessoas com transtornos mentais: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde,* Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 128-38, jan. 2013. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2643>. Acesso em: 19 jul. 2017.

MELO, M. C. A. *et al*. Perfil clínico e psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos no estado do Ceará, brasil. *Ciência &. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 343-352, jan. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413--81232015000200343&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 19 jul. 2017.

PEREIRA, M. O. *et al*. Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena – São Paulo. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 48-54, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100009>. Acesso em: 19 jul. 2017.

ROMAGNOLI, R. C. Famílias na rede de Saúde Mental: um breve estudo. *Psicologia em Estudo*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 305-314, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a08.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

ROSA, L. C. S.; CAMPOS, R. T. O. Etnia e gênero como variáveis sombra da saúde mental. *Saúde em Debate,* Rio de janeiro, v. 36, n. 95, p. 648-656, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a17v36n95.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

SALIS, A. C. A. Projeto de gerência de trabalho e inclusão social de usuários de saúde mental. *Psicologia:* Ciência e Profissão, Rio de janeiro, v. 33, n. 3, p. 758-771, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932013000300018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 19 jul. 2017.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. *Barbaroi,* Santa Cruz do Sul, v. 34, n. 1, p. 1-10, jan. 2011. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1643/1567>. Acesso em: 19 jul. 2017.

SILVA JÚNIOR, J. S.; FISCHER, F. M. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48. n. 1, p. 1-20, jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0186.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

SILVEIRA, M. F. A.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. *Residências terapêuticas:* pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

SILVEIRA, M. S. *et al*. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-32, 2011. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_1/artigos/CSC_v19n1_27-32.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviços em Saúde,* Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/Capacitação%20NCI/Aula%201%20Transicao%20demografica.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

VIEIRA, T. S.; MONTEIRO, C. F. S. Serviços residenciais terapêuticos: um dispositivo de reinserção social no contexto da reforma psiquiátrica. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, Piauí, v. 3, n. 3, p. 44-48, set. 2010. Disponível em: <http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v3n3/reflex/refl1_v3n3.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

Recebido para publicação em março de 2017
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado

Characterization of caregivers of the elderly in the metropolitan region of Porto Alegre (RS): care profile

Lucila Ludmila Paula Gutierrez[1], Neisa Rejane Machado Fernandes[2], Marcello Mascarenhas[3]

RESUMO Este trabalho visa a caracterizar cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre quanto a: capacitação para a profissão, seus sentimentos frente ao idoso, sobrecarga de trabalho, estado cognitivo e condição física. Entre janeiro e fevereiro de 2015, 20 participantes responderam a um questionário sobre idade, gênero, escolaridade, estado civil, breve investigação de estado de saúde e sentimentos frente ao cuidado e à Escala de Zarit Burden Interview, Escala de Depressão Geriátrica Abreviada, Mini Exame do Estado Mental, Escala de Avaliação do Equilíbrio e da Marcha de Tinneti. Verificou-se que as participantes nunca fizeram capacitação e apresentam perdas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Cuidadores. Esgotamento profissional. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *This study aims to characterize the caregivers of the elderly in metropolitan area of Porto Alegre regarding: the qualification for the profession, their feelings towards the elderly, the work overload, cognitive status and physical condition. Between January and February 2015, 20 participants answered a questionnaire about age, gender, education, marital status, brief health status investigation and feelings about care and the Zarit Burden Interview Scale, Geriatric Depression Scale, Mini-Mental State Examination, Tinneti's Balance and Gait Assessment Scale. It was verified that the participants have never done training and that they present losses in their health.*

KEYWORDS *Caregivers. Burnout professional. Health evaluation.*

[1] Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) – Porto Alegre (RS), Brasil. *lucilagutierrez@yahoo.com.br*

[2] Centro Universitário Metodista IPA – Porto Alegre (RS), Brasil. *neisare@yahoo.com.br*

[3] Centro Universitário Metodista IPA, Programa de Pós-Graduação em Biociências e Reabilitação – Porto Alegre (RS), Brasil. *marcello.mascarenhas@ipa.metodista.br*

Introdução

O Brasil se encontra em um momento de transição demográfica em que se observam mudanças na pirâmide populacional, favorecendo o envelhecimento da população. Claramente, as alterações fisiológicas advindas da terceira idade podem levar o idoso a necessitar de auxilio em atividades que antes pareciam de simples execução. É daí que surge o cuidador de idoso, o qual, muitas vezes, não possui capacitação para exercer tal função, resultando em desgaste para o ser cuidado e para o cuidador (PAVARINI; LOUREIRO; SOUZA, 2011; SOUZA, 2016). Carneiro e França (2011) apontam que, no Brasil, 1/3 dos idosos (33,2%) reside com seus cônjuges, quase a metade (44,6%) mora com os filhos, outros tantos (21,2%) residem com parentes e 1% mora com não parentes, de onde surge o cuidador familiar. Embora se tenha na família o recurso mais importante para a manutenção do bem-estar do idoso, as famílias, que tinham por hábito o cuidado dos idosos, têm mudado rapidamente, e novos arranjos vêm sendo construídos, entre eles, a transferência dos cuidados de seus entes envelhecidos para Instituições de Longa Permanência para Idosos (REBOUÇAS; PEREIRA, 2008) ou instituições com características híbridas, como as chamadas *Day Home,* que se dispõem a cuidar do idoso fora de seu domicílio por período diário, sem pouso. Isso se dá porque o cuidado prestado ao idoso exige dedicação exclusiva e quase sempre integral, baseado nas suas necessidades (ARAÚJO *ET AL.*, 2013), o que pode levar à fragilização do cuidador em decorrência dos sentimentos de ansiedade e de estresse (MARIGLIANO *ET AL.*, 2015). Identificar os fatores que predispõem o cuidador de idosos à fragilidade abre espaço para a discussão de estratégias que podem ser desenvolvidas para minorá-los, minimizando os custos ao setor público, beneficiando os cuidadores e aqueles que dependem de seus cuidados (TOMOMITSU; LEMOS; PERRACINI, 2010). Nesse contexto, é de suma importância que se conheça o universo dos cuidadores, assim como seu relacionamento com o idoso. Portanto, o objetivo deste trabalho foi caracterizar os cuidadores de idosos que procuraram uma instituição de atendimento diário a idosos (*Day Home*) na região metropolitana de Porto Alegre, no período de janeiro a fevereiro de 2015, quanto à capacitação para o exercício da profissão, aos seus sentimentos frente ao idoso, à sobrecarga de trabalho e/ou estresse, ao estado cognitivo e à condição física dos mesmos.

Material e métodos

Neste trabalho, foi realizado um estudo qualiquantitativo observacional, transversal e descritivo. A amostra foi constituída por cuidadores de idosos que procuraram uma *Day Home* com a finalidade de orientação, atendimento aos idosos ou vaga de trabalho, na região metropolitana de Porto Alegre (RS), e que, a convite dos pesquisadores, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (amostragem por conveniência) (FLETCHER; FLETCHER; FLETCHER, 2014). O estudo foi realizado na referida instituição nos meses de janeiro e fevereiro de 2015. A coleta de dados ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Metodista IPA, CAAE 38298114.6.0000.5308.

Foram aplicados questionários semiestruturados contendo questões abertas e fechadas, respondidos na forma de entrevista gravada por um pesquisador previamente treinado, em sala individualizada na própria *Day Home*, com, aproximadamente, 15 minutos para cada questionário, sem intervenção externa, minimizando possíveis constrangimentos por parte do entrevistado. As variáveis pesquisadas foram: idade; gênero; escolaridade; estado civil e breve investigação de estado de saúde – que incluiu perguntas sobre o peso e a altura do cuidador de idosos, para medida do Índice de Massa Corporal (IMC), presença de

doenças prévias devidamente diagnosticadas por médicos e tempo de doença prévia, de modo a compor um rápido histórico de saúde do cuidador. Também se questionou sobre tempo de ocupação como cuidadores de idosos; motivos que os levaram a escolher essa função; o que os agrada e desagrada nessa colocação; se trocariam esse cargo se tivessem oportunidade; carga de trabalho semanal; se já se irritaram uma vez ou mais com o idoso cuidado e as principais causas; e se fizeram alguma capacitação para exercer a função. Para verificar se havia sobrecarga de trabalho e/ou estresse, utilizou-se a Escala de Zarit Burden Interview (ZBI), composta por 22 questões que avaliam a saúde, as vidas social e pessoal, a situação financeira, o bem-estar emocional, as relações interpessoais e o ambiente do cuidador (SEQUEIRA, 2010). Também se aplicou a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada, para obtenção de informações sobre o estado cognitivo dos cuidadores e para observação de aspectos e graus depressivos nos entrevistados. A Escala de Depressão Geriátrica resulta de um questionário de quinze perguntas, em que cada resposta positiva soma um ponto. Desse somatório, avalia-se como estado normal resultados de 0 a 5 pontos; depressão leve entre 6 e 10 pontos; e, de 11 em diante, depressão severa (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005). Com a finalidade de traçar indícios de alterações mentais e neurológicas, levando-se em consideração o tempo de estudo de cada cuidador de idosos, foi utilizada a escala Mini Exame do Estado Mental (Minimental – Meem), com quinze questões respondidas com 'sim' ou 'não', que vão somando pontos. Foram avaliados domínios de orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem, nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia do desenho, em que a demência cognitiva é sugerida para escores abaixo de 28 pontos em indivíduos com mais de sete anos de escolaridade; e, menos de 24 pontos para aqueles indivíduos que possuem entre quatro e sete anos de escolaridade (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975).

Por fim, foi realizada Avaliação de Equilíbrio e Marcha de Tinetti para observação da condição física dos cuidadores de idosos, com uma escala de 16 tarefas, que são avaliadas por meio da observação do examinador. A cada tarefa, a resposta pode ser classificada como: normal (0), adaptável (1) e anormal (2). São atribuídos pontos de 0-2 na realização das tarefas, totalizando, no máximo, 48 pontos. Valores abaixo de 19 pontos e entre 19 e 24 pontos representam, respectivamente, risco moderado e alto risco de quedas (FIGUEIREDO; LIMA; GUERRA, 2007).

Os dados obtidos foram organizados em um banco de dados do Excel® (versão 2010) e analisados na forma de tabelas e gráficos, sendo descritos como valores absolutos e percentuais.

Resultados

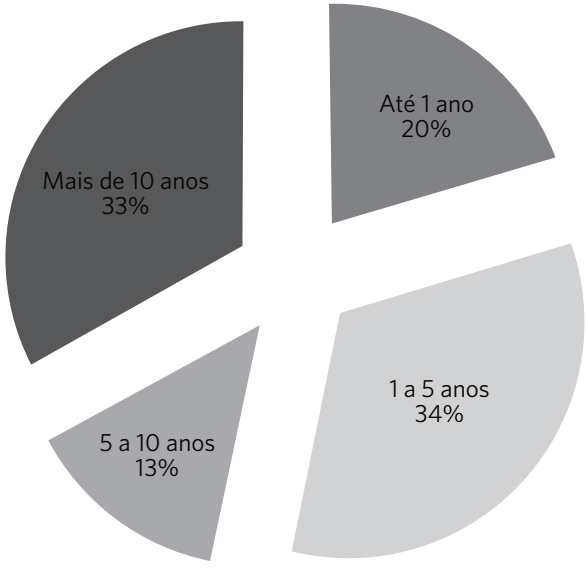
A amostra deste estudo foi constituída por 20 mulheres cuidadoras de idosos, sendo que 15 delas são consideradas profissionais da área, e 5 que cuidam de familiares. Todas nasceram no estado do Rio Grande do Sul. Apenas 25% delas não moram com a própria família, sendo a minoria casada. A escolaridade prevalente na população estudada é o ensino médio completo. Ainda, a faixa etária das cuidadoras de idosos se encontra acima de 50 anos. Esses dados podem ser visualizados na *tabela 1*.

Tabela 1. Características das cuidadoras de idosos entrevistadas que procuraram uma instituição de atendimento diário a idosos *(Day Home)*, na região metropolitana de Porto Alegre, no período de janeiro e fevereiro de 2015

Variável	Categoria	Nº casos	%
Gênero	Feminino	20	100
	Masculino	0	0
Estado Civil	Casado(a)	8	40
	Solteiro(a)	4	20
	Viúvo(a)/divorciado(a)	8	40
Escolaridade	Fundamental	6	30
	Médio	8	40
	Superior incompleto	5	25
	Superior completo	1	5
Nascimento	Rio Grande do Sul	20	100
Faixa Etária	31-40 anos	2	10
	41-50 anos	5	25
	51-60 anos	12	60
	Acima de 60 anos	1	5

Quanto ao tempo de ocupação, 46% das cuidadoras de idosos (familiares ou profissionais) que participaram deste estudo trabalham na área há pelo menos 5 anos (*figura 1*).

Figura 1. Tempo de ocupação das cuidadoras de idosos entrevistadas que procuraram uma instituição de atendimento diário a idosos *(Day Home)*, na região metropolitana de Porto Alegre, no período de janeiro e fevereiro de 2015



Com relação as cuidadoras de idosos que exercem essa profissão (n=15), quando questionados os motivos que as levaram a desempenhar tal atividade, 13% das entrevistadas relataram já ter trabalhado com crianças e que acreditam que essa função seja semelhante à de cuidar de idosos; 20% declararam gostar de idosos; 27% expuseram que ocuparam a função ao acaso; e 40% por necessidade financeira. Das entrevistadas, 53% revelaram exercer o ofício por opção. Nenhuma delas fez capacitação ou estudou para se tornar cuidadora profissional de idosos. A respeito do que mais as agrada em sua ocupação, 13% afirmaram se sentirem úteis auxiliando as pessoas, 20% declararam gostar de realizar tarefas operacionais (como dar banho, cuidar da alimentação e levar os idosos para caminhar), 27% referiram que aprendem coisas novas com os idosos e 40% expuseram que se sentem gratificadas pelo afeto que recebem como retorno. Por outro lado, quando foi questionado sobre o que mais as desagrada na sua função, 33% relataram que é a interferência dos familiares na sua maneira de cuidar, 20% afirmaram que era a falta de conhecimento para ocupar esse cargo e 20% referiram ser a teimosia ou a demência do paciente. A maioria das entrevistadas (60%) relatou já ter se irritado com o idoso cuidado apenas uma vez, 11% de uma a cinco vezes, 11% por mais de cinco vezes, e o restante (18%) declarou nunca ter se irritado. Entre as causas da irritação estão os desentendimentos com os familiares dos idosos (22%), o desconhecimento das patologias que acometem os idosos (33%) e não saber lidar com a teimosia do paciente (45%). Em função da baixa remuneração e do excesso de trabalho, 20% das cuidadoras profissionais expuseram que trocariam de ocupação se tivessem oportunidade.

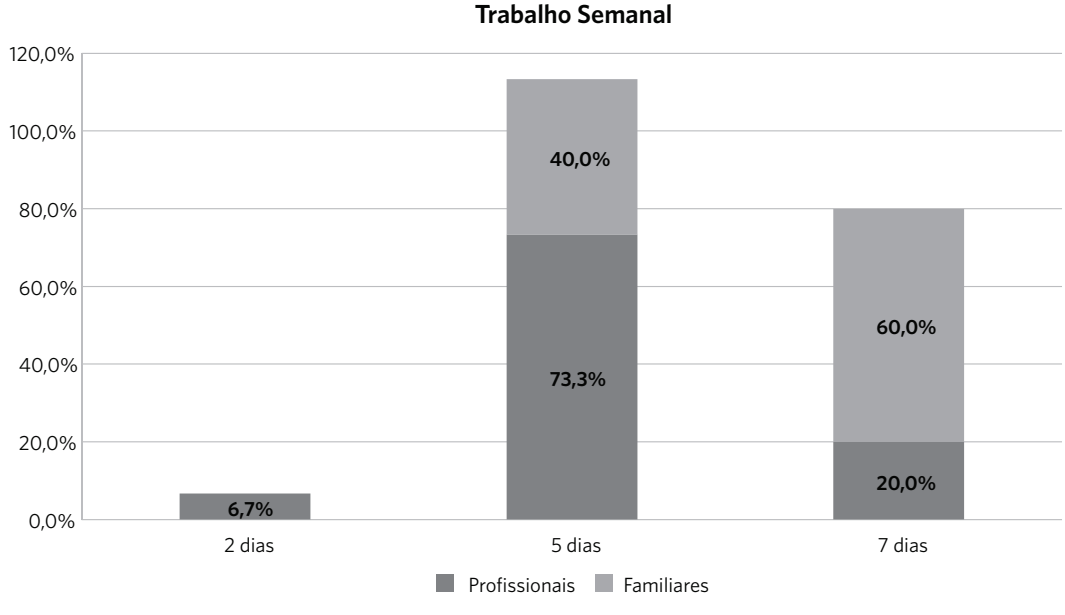
Essas mesmas questões foram feitas às cuidadoras de idosos que são familiares de seus entes envelhecidos (n=5). Duas delas cuidam das sogras, duas cuidam de suas mães, e uma cuida do pai. As cinco responderam que não se preparam para a tarefa de cuidadora com cursos ou especializações para exercer a função, mas relataram que, sempre que podem, buscam em leituras e programas vespertinos de televisão elucidações para suas dúvidas, assim como quando acompanham o idoso ao médico, sendo que duas prestam cuidados 24h por dia, outras duas atendem 12h por dia, e uma atende 8 horas ao dia. Destas, ainda, quatro disseram que as folgas ficam para 'quando der' e que elas são usadas para as lidas domésticas, para visitarem outros parentes e/ou amigos ou resolverem problemas particulares. Nenhuma delas optou pela tarefa em família. Com relação ao motivo que as levou a cuidar de seu familiar idoso, todas afirmaram que se sentiam na 'obrigação' de fazê-lo. Quanto ao que mais as agrada na referida função, 80% das cuidadoras declararam que é a proximidade/convivência com o idoso, e 20% afirmaram que ficam felizes quando percebem que em seu atendimento existe troca de afeto e aprendizagem. O que mais desagrada as cuidadoras de parentes idosos é a 'teimosia' do(a) idoso(a) e a cobrança da sociedade sobre elas. Todas admitiram já terem se irritado com seus(suas) familiares idosos(as) por mais de uma vez, sendo os principais motivos citados a falta de atitude do idoso perante a vida, ocorrências cotidianas (como colocar 'meias trocadas' ou 'se sujar após o banho') e, ainda, não querer ficar na casa de outro parente. Quando indagadas pelo pesquisador se gostariam de trocar essa função com alguém, duas cuidadoras, categoricamente, responderam que sim, justificando que se sentiriam melhores perante o idoso e os demais familiares; uma não soube dizer; e duas afirmaram que gostariam de revezar os cuidados de seus parentes idosos, mas que têm medo de que os cuidadores que assumirem a função não saibam tratar os idosos como elas os tratam.

Para análise da condição física, foi realizada uma breve investigação de estado de saúde das cuidadoras, e encontrou-se que, do total das 20 cuidadoras de idosos, 45% se encontravam eutróficas, 20% com sobrepeso e 35% com obesidade. Com relação a diagnósticos

médicos de doenças pregressas, 60% delas admitiram possuir patologias identificadas. O tempo de diagnóstico variou de até um ano para 18%, de um a cinco anos para 41%, e de cinco a dez anos também para 41%. Com referência ao aparelho respiratório, a queixa mais referida foi tosse (sete cuidadoras de idosos). Já no aparelho cardiovascular, para oito cuidadoras, as queixas foram de cansaço durante os esforços relativos à função que exercem, palpitações para três delas, e edema nos membros inferiores para sete cuidadoras. Metade das entrevistadas relatou mais de um desses últimos sintomas citados. Para os sintomas do aparelho locomotor, as dores articulares foram as principais queixas, contemplando a totalidade das entrevistadas, sendo que oito delas referiram dores nos joelhos, duas relataram dores nos ombros, e duas citaram dores lombares. No aparelho digestório, sete cuidadoras de idosos queixaram-se de azia constante, quatro referiram sensação de queimação epigástrica, e uma citou dor epigástrica.

A *figura 2* apresenta os percentuais de carga de trabalho semanal das cuidadoras profissionais (n=15) e de idosos familiares (n=5), de onde se depreende que, em geral, elas trabalham intensamente.

Figura 2. Carga de trabalho semanal, em dias, das cuidadoras de idosos entrevistadas que procuraram uma instituição de atendimento diário a idosos *(Day Home)*, na região metropolitana de Porto Alegre, no período de janeiro e fevereiro de 2015



Por meio do questionário para escala de percepção de sobrecarga de trabalho e/ou estresse (ZBI), buscaram-se informações sobre essas cuidadoras de idosos nos aspectos psicológico e afetivo. A ZBI é uma escala composta por 22 itens que avaliam a relação cuidador-paciente, a condição de saúde, o bem-estar psicológico, as finanças e a vida social (SEQUEIRA, 2010). Tais dados estão representados na *tabela 2*.

Tabela 2. Avaliação da percepção das cuidadoras de idosos entrevistadas que procuraram uma instituição de atendimento diário a idosos *(Day Home)* sobre a sua sobrecarga de trabalho e os aspectos psicológicos e afetivos (escala de Zarit Burden Interview), na região metropolitana de Porto Alegre, no período de janeiro e fevereiro de 2015

Questões para escala de percepção de sobrecarga de trabalho e/ou estresse e aspectos psicológicos e afetivos (Zarit Burden Interview)	**Grupo de Cuidadoras Profissionais (n=15). Dados descritos em valor percentual.**					**Grupo de Cuidadoras Familiares (n=5). Dados descritos em valor percentual.**				
	Sempre	Nunca	Raramente	Algumas	Frequente-mente	Sempre	Nunca	Raramente	Algumas	Frequente-mente
A senhora sente que o idoso pede mais ajuda do que necessita?	13,3	53,3	6,7	26,7	-	-	80	-	20	-
A senhora sente que, por causa do tempo que gasta com o idoso, não tem tempo para si mesma?	-	80	6,7	6,7	6,6	-	100	-	-	-
A senhora se sente estressada entre cuidar do idoso e de suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	-	67	-	33	-	20	80	-	-	-
A senhora se sente envergonhada com o comportamento do idoso?	6	67	26	-	-	-	100	-	-	-
A senhora se sente irritada quando o idoso está por perto?	-	86,67	-	13,33	-	-	100	-	-	-
A senhora sente que o idoso afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	-	80	-	10	10	20	60	20	-	-
A senhora sente receio pelo futuro do idoso?	33	7	7	53	-	-	20	-	60	20
A senhora sente que o idoso depende da senhora?	47	7	7	12	27	-	40	-	20	40
A senhora se sente tensa quando o idoso está por perto?	-	100	-	-	-	-	100	-	-	-
A senhora sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com o idoso?	6,7	80	6,7	6,6	-	40	40		20	-
A senhora sente que não tem tanta privacidade como gostaria por causa do idoso?	-	86	7	7	-	20	40	-	-	40
A senhora sente que sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter de cuidar do idoso?	-	93	-	7	-	20	60	-	-	20
A senhora não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa do idoso?	-	80	10	10	-	20	80	-	-	-
A senhora sente que o idoso espera que a senhora cuide dele como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?	27	-	-	40	33	20	40	20	-	20
A senhora sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do idoso somando-se as suas outras despesas?	-	100	-	-	-	-	80	-	20	-
A senhora sente que será incapaz de cuidar do idoso por muito mais tempo?	7	53	-	33	7	-	60	20	20	-
A senhora sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença do idoso?	-	60	10	20	10	20	60	-	20	-
A senhora gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse do idoso?	-	86	7	7	-	-	100	-	-	-
A senhora se sente em dúvida sobre o que fazer pelo idoso?	7	27	33	33	-	-	40	-	40	20
A senhora sente que deveria estar fazendo mais pelo idoso?	33	13	7	47	-	20	40	-	40	-
A senhora sente que poderia cuidar melhor do idoso?	7	23	7	33	30	20	40	-	40	-
De uma maneira geral, quanto a senhora se sente sobrecarregada por cuidar do idoso?	-	67	27	6	-	40	60	-	-	-

Utilizou-se o Meem com a intenção de rastrear a função cognitiva das entrevistadas. O ponto de corte do escore utilizado foi de 24 pontos para indivíduos que apresentavam nove anos ou mais de estudo, e de 17 pontos para aqueles com menos tempo de estudo. Encontraram-se duas cuidadoras profissionais que possuíam nove anos ou mais de estudo com escore abaixo de 24 pontos, e uma cuidadora deste mesmo grupo com menos de nove anos de estudo e escore abaixo de 17 pontos. Esses dados mostram que 20% do total das cuidadoras profissionais apresentavam alterações ao Meem. Do grupo de cuidadoras familiares, 100% das entrevistadas se encontravam com sinais cognitivos sem alteração.

No que diz respeito à Escala de Depressão Geriátrica Abreviada, entre as cuidadoras de idosos profissionais, 80% foram avaliadas com depressão leve, e 20% foram consideradas normais. No grupo de cuidadoras de parentes idosos, quatro foram classificadas dentro do escore de depressão leve, e uma classificada dentro do escore de normalidade.

A escala do Equilíbrio e da Marcha de Tinneti é utilizada para avaliar as condições vestibulares e de marcha no ser humano (FIGUEIREDO; LIMA; GUERRA, 2007). Observou-se que em ambos os grupos nenhuma apresentava risco para quedas.

Discussão

É visível o crescimento progressivo da população em fase de envelhecimento no Brasil e em outros locais no mundo. O número de idosos fragilizados aumenta por adoecimento e perda de autonomia, demandando cuidados de terceiros no ambiente familiar (CRUZ; HAMDAN, 2008). O maior número de pesquisas realizadas no continente europeu demonstra um envelhecimento generalizado, registrando, inclusive, uma importante mudança na dinâmica populacional (FREIRE, *ET AL.*, 2017). Além disso, esses cuidados podem ser complexos e necessários por longos períodos de tempo (PAVARINI; LOUREIRO; SOUZA, 2011; SOUZA, 2016), que é onde se inserem as redes formais ou informais de cuidado à pessoa idosa. As primeiras, compostas por cuidadores profissionais pagos, e as segundas, por cuidadores familiares que realizam o cuidado sem remuneração (MARIGLIANO *ET AL.*, 2015). Na presente pesquisa, observou-se que 15 cuidadoras de idosos eram assalariadas, e 5 cuidavam de familiares sem pagamento. No Brasil (SOUZA, 2016) e em outras culturas (MARIGLIANO *ET AL.*, 2015), é comum que esses cuidados sejam realizados pela família, sendo o domicílio o espaço escolhido (PAVARINI; LOUREIRO; SOUZA, 2011; SOUZA, 2016). Porém, devido às novas configurações sociais, tem aumentado a contratação de serviços de terceiros para a realização desses cuidados, demandando, assim, a capacitação desses profissionais (MARIGLIANO *ET AL.*, 2015). O cuidador do idoso deveria ser uma pessoa capacitada e que fizesse o elo entre o idoso e a família, o serviço de saúde ou a comunidade (SOUZA, 2005). Nesse contexto, o amadurecimento de políticas públicas que focalizem a tarefa do cuidador no domicílio favorece a qualidade do profissional cuidador (ELOIA *ET AL.*, 2014). No entanto, nem sempre esse cuidador possui qualificação para exercer tal tarefa, conforme demonstrado no presente estudo, em que se observou que todas as cuidadoras de idosos pesquisadas, embora trabalhassem na área há anos, como profissionais ou não, não tiveram orientações ou capacitação para exercer essa função. Além disso, a escolaridade prevalente entre as cuidadoras de idosos foi o ensino médio completo, e já foi demonstrado que a escolaridade pode influenciar a qualidade da assistência ao idoso, pois

> o cuidador precisa seguir dietas, ler bulas de remédios, entender dosagens e via de administração para melhor prover o cuidado, além da valorização e da conscientização sobre a importância na prevenção de doenças na terceira idade. (ARAÚJO; OLIVEIRA; PEREIRA, 2012, P. 122).

Esses dados são preocupantes uma vez que a qualidade de vida do idoso requer uma visão ampliada de suas necessidades, e a falta de conhecimento pode levar ao sofrimento do idoso no ambiente familiar, nos aspectos social, econômico e afetivo. A qualidade do cuidado depende de um contexto que envolve o uso de tecnologias, saberes e recursos adequados e que ajudará o idoso a enfrentar suas dificuldades (SOUZA, 2005), de onde se depreende que todos os cuidadores necessitam de informação, educação, encorajamento e suporte (CRUZ; HAMDAN, 2008). De certo modo, uma vez que algumas cuidadoras de idosos que participaram deste estudo buscaram a *Day Home,* com a finalidade de orientação, e relataram que, sempre que podem, buscam elucidação para suas dúvidas, mesmo que em fontes não científicas, fica claro que elas se preocupam em buscar informações a respeito do cuidado.

Vários motivos podem contribuir para que um indivíduo seja eleito o cuidador do ente envelhecido, podendo ser citados os fatores geracionais, de gênero, grau de parentesco, morar na mesma casa que o idoso, ter condições financeiras, dispor de tempo, a ausência de outras pessoas para a tarefa de cuidar, a criação de laços afetivos, a relação de intimidade entre o idoso e o possível cuidador, a proximidade geográfica entre eles, a personalidade do cuidador, sua história de relacionamento com o idoso e com outros membros da família, sua motivação e sua capacidade de doação (PAVARINI; LOUREIRO; SOUZA, 2011). Segundo Hirata e Guimarães (2012), todas as ocupações do *care* têm uma predominância feminina. Certas ocupações do *care*, como empregadas domésticas e cuidadoras, reforçam não apenas a desigualdade de gênero, mas, também, as de classe social e raça, parecendo haver a regência de um princípio de desigualdade. Neste trabalho, muitas cuidadoras assalariadas relataram que ocuparam essa função ao acaso e por necessidade financeira, embora a maioria tenha revelado exercer o ofício por opção, com relação às cuidadoras que não recebem remuneração. Já entre as cuidadoras de familiares envelhecidos, nenhuma delas optou pela tarefa, e todas afirmaram que se sentiam na 'obrigação' de cuidar de mãe/pai ou sogra por serem parentes, corroborando outros achados (PAVARINI; LOUREIRO; SOUZA, 2011; SOUZA, 2016).

Observou-se neste estudo que a amostra foi constituída apenas por mulheres, fossem elas pagas para esse serviço ou não. Foi demonstrado, no Brasil e na Itália, que o cuidado ao idoso é comumente realizado pelas domésticas/diaristas que mantêm o trabalho doméstico e o cuidado, integrando o grupo de cuidadoras assalariadas. Além disto, ratifica a ideia de que fica ao encargo das mulheres o papel de cuidadora domiciliar de idosos. Oliveira e colaboradores (2006) demonstraram em seu estudo que 70,3% dos cuidadores entrevistados eram mulheres. Ainda, Santos e Pavarini (2010) observaram que, em geral, quem desempenha as tarefas de cuidar na família é a mulher, uma vez que essa função é, historicamente, pertencente a ela, enquanto ao homem cabe o sustento dessa instituição. Isso gera uma situação de cuidado informal, considerado uma prestação de cuidados a indivíduos familiares dependentes, que não é remunerada. Esse cuidador informal torna-se o 'profissional oculto' do cuidado ao idoso, experienciando consequências que repercutem na sua qualidade de vida e na do idoso (MARIGLIANO *ET AL*., 2015).

Neste trabalho, observou-se que as cuidadoras de idosos tinham entre 51 e 60 anos. É comum o cuidador pertencer à mesma faixa etária do doente, isto é, idosos independentes cuidando de idosos dependentes (CRUZ; HAMDAN, 2008), embora jovens também possam ocupar essa função. Esse predomínio permite relacionar que os próprios cuidadores poderão apresentar complicações com o cuidado de si mesmos, pois, já em idade de envelhecimento, o cuidador também é uma pessoa frágil ou em vias de ficar doente (ARAÚJO; OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

Com relação ao estado civil, este estudo demonstrou que 8 das cuidadoras eram casadas e 12 eram solteiras, divorciadas ou viúvas. Araújo, Oliveira e Pereira (2012) verificaram que a maioria dos cuidadores estudados em sua pesquisa possuía relações estáveis e cuidava de idosos, o que pode resultar em sobrecarga de atividades devido à gerencia do lar, uma vez que os cuidadores acreditavam que cuidar era um trabalho difícil, gerava sobrecarga e resultava em cansaço, insônia e problemas de saúde.

A respeito do que mais agrada as cuidadoras profissionais ou familiares entrevistadas neste estudo em sua ocupação, a maioria respondeu que se sente útil e gratificada com a troca de afeto, o convívio e a aprendizagem com o idoso. Carneiro e França (2011, p. 649) apontam "que o crescimento pessoal, o senso de autorrealização e o sentimento de gratificação são benefícios decorrentes do ato de cuidar". A tarefa de cuidar pode trazer satisfação pessoal, realização e habilidade para enfrentar novos desafios, além de melhorar o relacionamento com o idoso e gerar sentimento de retribuição. Contudo, sabe-se que o cuidador tem de superar desafios para exercer com precisão o seu papel (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012), uma vez que ele fica muitas horas ao lado do paciente (ARAÚJO; OLIVEIRA; PEREIRA, 2012). Por esse motivo, o cuidar pode trazer sentimentos ambíguos: o altruísmo e a gratificação e o desgaste de lidar com fatores estressantes (MARIGLIANO *ET AL.*, 2015). Isso fica evidenciado no presente estudo, pois a maioria das cuidadoras de idosos pesquisadas gostaria de trocar/revezar/deixar essa função, em virtude da 'teimosia' do idoso, por se sentir cobrada pela família/sociedade, pela baixa remuneração (quando recebem salário) e pelo excesso de trabalho. Ainda, a maioria admitiu já ter se irritado com os idosos de quem cuida. É importante ressaltar que a 'teimosia' do idoso é o principal motivo em casos de maus tratos, em situações extremas, reforçando a ideia de que a falta de informação específica dificulta as relações entre idoso e cuidador, favorecendo situações de risco no cuidado e levando à violência doméstica. Esses conflitos interpessoais podem ser minorados pela educação dos cuidadores, evidenciando que há solução para os fatores estressantes (CARNEIRO; FRANÇA, 2011).

O presente estudo demonstrou que as cuidadoras profissionais e familiares trabalham, em média, seis dias, de 12 a 24 horas. O quadro é agravado no caso de cuidadoras de idosos familiares já que residem junto ao ente envelhecido, referindo a falta de folgas. Assim, muitas relatam sobrecarga pela Escala de ZBI. A experiência de assumir o papel de cuidador familiar é exaustiva e estressante, pelo envolvimento afetivo e pela relação de dependência, quando o cuidador passa a ter restrições com relação à sua própria vida. Isso também pode ocorrer pelo tempo e pela dedicação despendidos pelos cuidadores e pelas condições de fragilidade física e mental de alguns idosos, o excesso de solicitação de cuidados, o humor difícil e o criticismo do idoso, o que exige do cuidador atenção, carinho e cuidado físico, comprometendo o autocuidado (SANTOS; PAVARINI, 2010). Por esse motivo, é importante uma boa formação técnica fundamentada em conceitos teóricos, humanísticos e éticos, pois a sobrecarga emocional vivenciada pelo cuidador pode interferir no cuidado prestado (SANTOS; PAVARINI, 2010) e/ou levar o cuidador ao desenvolvimento de doenças (MARIGLANO *ET AL.*, 2015). Assim, o suporte aos cuidadores é um desafio para o sistema de saúde brasileiro, justificando, também, a necessidade de estudos sobre essa temática (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007).

Por seu caráter estressante, cuidar de idosos pode contribuir para o aparecimento de sintomas como depressão, baixa autoestima, dificuldade para lidar com frustração, sensação de desamparo, intolerância e culpa (TOMOMITSU; LEMOS; PERRACINI, 2010). O Meem sinaliza transtornos neurológicos (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975) e, neste estudo, apontou três cuidadoras com possível

déficit cognitivo e/ou indícios do começo de demência, o que sugere a necessidade de exames complementares para que se possa obter um diagnóstico. No Brasil, já foram descritas associações entre o baixo escore do Meem, a baixa escolaridade e a idade avançada, sendo que a idade é um dos determinantes mais importantes do declínio cognitivo (VALLE *ET AL.*, 2009). Em outros países, foram encontradas essas mesmas associações e a presença de sintomas depressivos (ANDERSON *ET AL.*, 2007). Os resultados do presente trabalho estão de acordo com tais observações, pois o grupo estudado apresentava idade avançada e baixa escolaridade; além disso, também se verificou que 80% das cuidadoras de idosos profissionais e familiares apresentaram sintomas compatíveis com depressão leve, por aplicação da Escala de Depressão Geriátrica. Cuidadores podem apresentar estresse e menor nível de satisfação em viver, comparados à população em geral, havendo associação entre idosos muito dependentes e cuidadores com altos níveis de depressão (ZAUTRA; HALL; MURRAY, 2008). Porém, Gaioli e colaboradores (2012) observaram que a resiliência está correlacionada com a baixa somatização e depressão, propocionado pela melhora da saúde física, sensação de bem-estar e habilidade para lidar com problemas. A religiosidade também é uma estratégia eficaz de enfrentamento da sobrecarga de cuidado, da angústia, do estresse e da depressão (PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008).

Alguns cuidadores do presente estudo relataram queixas de esquecimento, em decorrência da idade, corroborando outros autores. Isso pode ocorrer em virtude do envelhecimento e do estresse apresentado pelo tipo de população estudada. Tais fatos angustiam os cuidadores, pois eles são responsáveis pelo cuidado e permanecem muito tempo sozinhos com os idosos. O grande desafio é lidar com o surgimento das doenças no cuidador, pelo fato de estarem envelhecendo, o que justifica a necessidade da colaboração de outras pessoas para a manutenção do cuidado (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012). O ideal era que a família fosse inserida no cuidado, a fim de diminuir as sobrecargas individuais, evitando transformar o cuidador em alguém que venha a necessitar de cuidados futuramente (ARAÚJO *ET AL.*, 2013).

A vulnerabilidade biológica, a prestação de cuidados físicos e o estresse prolongado podem aumentar o risco de problemas de saúde entre os cuidadores de idosos (TOMOMITSU; LEMOS; PERRACINI, 2010). Em uma sociedade que envelhece cada vez mais, é fundamental estar atento às condições dos cuidadores de idosos para que não ocorram desfechos negativos em termos de saúde. No presente estudo, verificou-se que a maioria das cuidadoras de idosos se encontra com IMC de sobrepeso (20%) e obesas (35%). A obesidade é um risco sério para doenças crônicas, entre as quais, hipertensão, doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2 (SALVE, 2006). Além disso, a maioria das cuidadoras relatou sofrer de dores articulares e lombares, que podem ter sido causadas por posicionamentos impróprios ao movimentar seus pacientes. Resende e Dias (2008, P. 179) afirmam que a

> alta porcentagem de problemas de coluna pode estar relacionada com atividades diárias de cuidados com os idosos, que envolvem o uso da força muscular e, muitas vezes, posturas inadequadas.

Além disso, diversas enfermidades incapacitam o idoso em suas atividades, e isso pode levá-lo a apresentar dificuldades no equilíbrio e na marcha, facilitando quedas. Esse foi o motivo pelo qual optou-se por avaliar o equilíbrio e a marcha das cuidadoras participantes deste trabalho, pelo protocolo de Tinnetti. Nenhuma cuidadora estudada apresentou risco para quedas, embora todas já tivessem mais de 50 anos, reforçando a importância da manutenção da saúde do indivíduo cuidador.

Conclusões

Por meio dos resultados obtidos neste trabalho, encontraram-se subsídios que reforçam a necessidade de investigações e inovações nos saberes e fazeres na área do envelhecimento, principalmente em seus cuidados. Segundo Souza e colaboradores (2007, p. 270),

> conhecer quem é o cuidador de idosos e qual o universo em que ele transita pode contribuir para a elaboração de um plano de ação que aumente sua capacidade de cuidar a si e ao outro.

A sociedade ainda está à mercê de cuidadores de idosos despreparados, como ficou demonstrado neste trabalho. Além disto, constata-se que a saúde encontra-se comprometida em grande parte deles, o que faz supor estar aumentada a probabilidade de riscos na execução de suas tarefas.

Por fim, a elaboração desta pesquisa oportuniza a reflexão sobre que importância está sendo dada ao cuidador que auxilia na diminuição do número de internações hospitalares ou do isolamento do idoso, seja domiciliar ou institucionalmente, num contingente que só aumenta no mundo.

Colaboradores

Todos os autores contribuíram substancialmente para a concepção, o planejamento e a análise e a interpretação dos dados, assim como para a elaboração e a aprovação da versão final deste manuscrito. ■

Referências

ANDERSON, T. M. *et al.* Effects of sociodemographic and health variableson Mini-Mental State Exam scores in older Australians. *American Association for Geriatric Psychiatry*, Washington, DC, v. 15, n. 4, p. 67-76, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17545447>. Acesso em: 2 jan. 2017.

ARAÚJO, C. L. O.; OLIVEIRA, J. F. O.; PEREIRA, J. M. Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. *Kairos Gerontologia*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 119-137, 2012. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/13109>. Acesso em: 2 jan. 2017.

ARAÚJO, J. S. *et al*. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 149-158, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000100015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 jan. 2017.

CARNEIRO, V. L.; FRANÇA, L. H. F. P. Conflitos no relacionamento entre cuidadores e idosos: o olhar do cuidador. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 647-662, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n4/a05v14n4.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2017.

CRUZ, M. N.; HAMDAN, A. C. O. Impacto da Doença de Alzheimer no cuidador. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 223-229, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a04v13n2>. Acesso em: 2 jan. 2017.

ELOIA, S. C. Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 996-1007, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000400996&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 jan. 2017.

FIGUEIREDO, K. M.; LIMA, K. C.; GUERRA, R. O. Instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, Florianópolis, v. 9, n. 4, p. 408-413, 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/259675327_INSTRUMENTOS_DE_AvALIACAO_DO_EQUILIBRIO_CORPORAL_EM_IDOSOS>. Acesso em: 2 jan. 2017.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; FLETCHER, G. S. *Epidemiologia Clínica:* Elementos Essenciais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, Oxford, v. 12, p. 189-98, 1975. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204>. Acesso em: 2 jan. 2017.

FREIRE, J. C. G. *et al*. Fatores associados à fragilidade em idosos hospitalizados: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4995>. Acesso em: 2 jan. 2017. No prelo.

GAIOLI, C. C. L. O.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 150-157, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a17v21n1.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2017.

HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (Org.). *Cuidado e cuidadoras*: as várias faces do trabalho do care. São Paulo: Atlas, 2012.

MARIGLIANO, R. X. *et al*. Estratégias de autocuidado usadas por cuidadores de idosos: análise de produção científica. *Mudanças Psicologia da Saúde*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 37-45, 2015. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/6435/5273>. Acesso em: 2 jan. 2017.

OLIVEIRA, S. K. *et al*. Perfil dos cuidadores de idosos atendidos pelo Projeto Assistência Interdisciplinar a Idosos em Nível Primário – PAINP, Londrina-PR. *Ciência, Cuidado e Saúde,* Maringá, v. 5, n 2, p.184-92, 2006. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5074 >. Acesso em: 2 jan. 2017.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 918-923, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600008>. Acesso em: 2 jan. 2017.

PAULA, J.; ROQUE, F.; ARAÚJO, F. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 283-287, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047--20852008000400011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 jan. 2017.

PAVARINI, G.; LOUREIRO, C. P.; SOUZA, D. H. Compreensão de emoções, aceitação social e avaliação de atributos comportamentais em crianças escolares. *Psicologia*: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p.135-143, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722011000100016>. Acesso em: 5 jan. 2017.

REBOUÇAS, M.; PEREIRA, M. G. Indicadores de saúde para idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos. Revista Panamericana de Salud Pública, Whashington, DC, v. 23, n. 4, p. 237-246, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n4/v23n4a03>. Acesso em: 2 jan. 2017.

RESENDE, M. C. F.; DIAS, E. C. Cuidadores de idosos: um novo/velho trabalho. *Physis*: Revista de

Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 785-800, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000400010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 jan. 2017.

SALVE, M. G. C. Obesidade e Peso Corporal: riscos e consequências. *Movimento e Percepção,* Espírito Santo do Pinhal, v. 6, n. 8, p. 29-48, 2006. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/2010/Ciencias/Artigos/Obesidade_consequencias.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2017.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 115-122, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100016>. Acesso em: 2 jan. 2017.

SEQUEIRA, C. A. C. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, [S. l.], v. 2, n. 12, p. 9-16, 2010. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2017.

SOUZA, N. R. Olhar sobre o cuidador de idosos dependentes. *Revista Saúde.com*, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 51-59, 2005. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/18>. Acesso em: 2 jan. 2017.

SOUZA, S. O planejamento do autocuidado para o cuidador de idosos: revisão integrativa *Revista de Enfermagem,* Recife, v. 10, n. 5, p. 1866-1872, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13567/16357>. Acesso em: 2 jan. 2017.

SOUZA, L. M.; WEGNER, W.; GORINI, M. I. C. P. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador Leigo. R*evista Latino-americana de Enfermagem,* Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000200022&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 jan. 2017.

TOMOMITSU, M. R. S. V.; LEMOS, N. D.; PERRACINI, M. R. Prevalência e fatores associados à fragilidade em cuidadores idosos. G*eriatrics, Gerontology and Aging,* Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 3-12, 2010. Disponível em: <http://ggaging.com/details/292/pt-BR/prevalence-and-associated-factors-to-frailty-among-senior-caregivers>. Acesso em: 2 jan. 2017.

VALLE, E. A. e*t al*. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no M*ini Exame do Estado Mental e*ntre idosos: Projeto Bambuí. C*adernos de Saúde Pública, R*io de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 918-926, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400023>. Acesso em: 2 jan. 2017.

ZAUTRA, A. J.; HALL, J. S.; MURRAY, K. E. Resilience: a new integrative approach to health and mental health research. H*ealth Psychology Review, [*S. l.], v. 2, n. 1, p. 41-64, 2008. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17437190802298568>. Acesso em: 2 jan. 2017.

Recebido para publicação em março de 2017
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Mapeamento do perfil de demanda inadequada nos serviços de saúde pública no Brasil

Mapping the profile of inappropriate demand in public health services in Brazil

Djalma Silva Guimarães Júnior[1], Eduardo José Oenning Soares[2], Denise Dumke de Medeiros[3], Gileno Ferraz Júnior[4]

RESUMO Este artigo investiga o perfil de uso inadequado em serviços de saúde pública no Brasil, através da análise das características do usuário e das circunstâncias de atendimento de usuários de *call centers*. São utilizadas informações de centrais de aconselhamento médico por telefone. Um modelo de regressão logística binária é proposto para estimar as relações entre o perfil do usuário, as circunstâncias de atendimento e a demanda inadequada. Impactaram significativamente para a probabilidade de demanda inadequada a maior complexidade da intenção inicial do usuário e o uso do sistema de serviço de saúde nas horas finais do dia.

PALAVRAS-CHAVE Administração de serviços de saúde. Telemedicina. Necessidades e demanda de serviços de saúde. Modelos logísticos.

ABSTRACT *This article investigates the profile of inappropriate use in public health services in Brazil, through the analysis of user's characteristics and customer service circumstances of call centers. Information from telephone medical advice centers is used. A binary logistic regression model is proposed to estimate the relationships between the user profile, the service circumstances and the inadequate demand. The greater complexity of the user's initial intention and the use of the health service system in the final hours of the day were significantly impacted by the probability of inadequate demand.*

KEYWORDS *Health services administration. Telemedicine. Health services needs and demand. Logistic models.*

[1] Universidade de Pernambuco (UPE) – Nazaré da Mata (PE), Brasil.
djalma.guimaraes@upe.br

[2] Universidade do Estado do Mato Grosso (Unemat) – Barra do Bugres (MT), Brasil.
eduardo.oenning@unemat.br

[3] Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.
medeirosdd@gmail.com

[4] Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.
gileno.ferraz@gmail.com

DOI: 10.1590/0103-1104201711418

Introdução

Ao mesmo tempo em que diversos segmentos do setor público brasileiro enfrentam pressões para a minimização de custos devido as políticas de austeridade econômica, o setor de saúde pública, além de conviver com a escassez de recursos, ainda se defronta com a necessidade de elevação dos padrões de qualidade percebida pelos usuários. Um recurso de uso crescente em sistemas de saúde, ao redor do mundo, é a adoção de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), que permitem aos provedores de serviços de saúde fornecer cuidados de saúde em tempo real para os usuários, disseminar informações que auxiliam na medicina preventiva e fornecer um serviço mais customizado, através de monitoramento e aconselhamento, ao mesmo tempo em que tendem a reduzir os custos, a partir da eliminação de procedimentos desnecessários e melhores práticas preventivas.

Uma parcela significativa dos gastos de sistemas de saúde é destinada a procedimentos considerados desnecessários. A intenção inicial do usuário, ao procurar um serviço médico, pode divergir da ação mais recomendada, fato que onera os custos do sistema (BOGDAN *ET AL.*, 2004; BUNIK *ET AL.*, 2007; CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009; GUIMARÃES JUNIOR *ET AL.*, 2015; MCHALE *ET AL.*, 2013). Um dos fatores que ocasionam o erro de julgamento dos usuários é a falta de informação adequada (CAMPBELL, 2000; MUKHERJEE; MCGINNIS, 2007).

Nesse contexto, emerge uma importante contribuição das TICs para o setor de saúde, um grupo de ferramentas denominado *mobile health* (*m-health*), que consiste em qualquer instrumento eletrônico, tecnologia ou aplicativo projetado para a interação entre profissionais de saúde e usuários (HANDEL, 2011). O uso das ferramentas de *m-health* e, mais especificamente, de *call centers* de aconselhamento médico, pode fornecer informações aos usuários, auxiliando-os na tomada de decisão mais adequada ao demandarem serviços de saúde, ou seja, favorece uma demanda mais próxima da real necessidade do usuário.

O escopo de estudos do *m-health* tem-se expandido nos últimos anos. Guimarães Junior *et al.* (2015) apresentam o impacto de centrais de aconselhamento médico por telefone na redução de custos do sistema; Handel (2011) apresenta as principais aplicações de *m-health* em *smartphones* e *tablets*, através do desenvolvimento de inúmeros aplicativos; outro grupo de autores tem se preocupado com a qualidade percebida pelos usuários e a eficiência dos serviços (MECHAEL, 2009; AKTER *ET AL.*, 2010).

A Constituição Federal Brasileira de 1988 foi um marco para a configuração do sistema de serviços de saúde no País, pois definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Até a década de 1980, a prestação de serviços de saúde pública no País era de responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), que foi gradualmente incorporado, no início da década de 1990, ao Ministério da Saúde (MS), dando origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), que garante acesso universal, a todos os brasileiros, à assistência em saúde (BRASIL, 2006).

Paralelamente, a partir da década de 1990, o País passou por um processo de afastamento da ação estatal da economia. No setor de saúde, isso contribuiu para uma maior participação de entidades privadas no sistema de serviços de saúde, com sistemas de saúde suplementar (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013). Ou seja, de um lado, ocorreu a universalização do direito à saúde, e do outro, uma alternativa de saúde suplementar. Mas tal configuração do sistema de serviços de saúde brasileiro não tem garantido a satisfação com os serviços prestados. Segundo o Conselho Federal de Medicina (2014), 93% dos brasileiros consideram o sistema de serviços de saúde público e privado, no Brasil, ruim ou muito ruim. Outro indicador do desempenho do atendimento de saúde no País, o Índice do Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), apontou

que apenas 13,57% dos municípios brasileiros possuem índice superior a 6, em uma escala que varia entre 0 e 10 (BRASIL, 2015).

No atual ambiente de recessão econômica e diante da já mencionada insatisfação com os sistemas de saúde, algumas proposições conservadoras têm surgido na direção de onerar ainda mais a população brasileira, a exemplo de propostas de copagamento para complemento ao financiamento do SUS (HOLST; GIOVANELLA; ANDRADE, 2016).

Nesse sentido, este artigo objetiva apresentar uma análise sobre o perfil de uso inadequado em serviços de saúde pública, no Brasil, através das características do usuário e das circunstâncias de seu atendimento. Ao final, são propostas práticas que apoiem ações preventivas e, ao mesmo tempo, minimizem o uso inadequado. Isto é possível através de um modelo de regressão logística que estime quais são os fatores determinantes para tal demanda, através de dados coletados por uma central de aconselhamento médico por telefone. O resultado desta pesquisa pode auxiliar o gestor de serviços de saúde no direcionamento de estratégias promocionais para usuários com maior probabilidade de demanda incorreta, bem como no aprimoramento de serviços de triagem e classificação de usuários, e desenvolvimento de ferramentas de *m-health* adaptadas às necessidades dos usuários do SUS.

Métodos

Os dados utilizados foram cedidos por uma empresa prestadora de serviços de aconselhamento médico, através de centrais de *call centers*, situada na cidade de Recife (PE), que atende usuários do SUS de vários municípios do Brasil. A amostra de dados compreende todas as ligações recebidas pela central de aconselhamento médico durante 18 dias seguidos, no ano de 2012, totalizando 380 observações.

O usuário do SUS, ao ligar para uma central de atendimento, possui uma intenção inicial de uso do serviço médico, que é confrontada com a recomendação proposta por médicos. Os casos que apresentam convergência entre a demanda do usuário e a recomendação médica são considerados casos de demanda adequada. Já as situações nas quais ocorre divergência, tem-se uma demanda inadequada. Neste contexto de telemedicina, é possível observar algumas características do usuário (idade e sexo) e as circunstâncias do atendimento (dia da semana, hora e intenção inicial do usuário).

As características do perfil de demanda inadequada do sistema público de saúde foram testadas através de um modelo de regressão logística binária, que possuía como variável dependente a intenção do usuário: demanda correta ao ligar para a central (0) e demanda incorreta ao ligar para a central (1). As variáveis independentes foram: sexo masculino (1) e feminino (0); idade (em anos); intenção inicial: não fazer nada (0), marcar consulta (1) e ir a uma urgência/emergência (2); horário da ligação: 00:01-06:00 (1), 06:01-12:00 (2), 12:01-18:00 (3) e 18:01-00:00 (4); e dia da semana: segunda (1), terça (2), quarta (3), quinta (4), sexta (5), sábado (6) e domingo (7). Todas as análises estatísticas foram feitas com o *software* XLSTAT (ADDINSOFT, 2016).

No modelo de regressão foi utilizado o método Stepwise Forward, que insere, a cada iteração, as variáveis significativas do modelo, restando, no final, apenas os parâmetros que possuem um relacionamento consistente com a variável dependente.

A regressão logística foi utilizada para determinar qual é o perfil ou quais são as circunstâncias que induzem à demanda inadequada de serviços de saúde, de forma a fornecer informações úteis para gestores, com vistas à minimização de situações geradoras de deseconomias para o sistema. Tal técnica de análise multivariada de dados foi utilizada em exitosos casos, a fim de determinar as variáveis mais significativas para a probabilidade de ocorrência de um evento.

Weltermann *et al.* (2013) utilizaram a regressão logística para determinar o conhecimento dos entrevistados sobre os sintomas do Acidente Vascular Cerebral (AVC), a partir de informações prévias destes sobre AVC e dados sociodemográficos.

Os autores informam que não existiu conflito de interesses na elaboração da pesquisa, bem como não houve nenhum tipo de suporte financeiro. O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado de Mato Grosso (Unemat), tendo declaração favorável à utilização dos dados no parecer nº 008/2014/REC/Unemat.

Resultados e discussão

A *tabela 1* apresenta algumas informações de perfil demográfico e características do atendimento, distribuídas entre demanda adequada e inadequada. Em relação ao dia da semana, existe um maior número de ocorrências de demanda inadequada na segunda-feira. O horário mais frequente de demanda inadequada se encontra na faixa compreendida entre 13h e 18h. Predomina a demanda inadequada entre indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 0-15 anos e com intenção inicial de ir à emergência.

Tabela 1. Perfil da amostra e distribuição de demanda adequada e inadequada

Variáveis		Intenção adequada 117 (30,8%)	Intenção inadequada 263 (69,2%)
Dia da semana χ^2=4,817 P=0,568	Segunda	14 (12%)	44 (16,7%)
	Terça	14 (12%)	33 (12,5%)
	Quarta	16 (13,7%)	41 (15,6%)
	Quinta	22 (18,8%)	38 (14,4%)
	Sexta	18 (15,4%)	41 (15,6%)
	Sábado	12 (10,3%)	34 (12,9%)
	Domingo	21 (17,9%)	32 (12,2%)
Hora χ^2=4,357 P=0,225	01:00-06:00	9 (7,7%)	13 (4,9%)
	07:00-12:00	36 (30,8%)	61 (23,2%)
	13:00-18:00	39 (33,3%)	96 (36,5%)
	19:00-00:00	33 (28,2%)	93 (35,4%)
Sexo χ^2=0,335 P=0,563	Masculino	188 (71,5%)	87 (74,4%)
	Feminino	75 (28,5%)	30 (25,6%)
Idade χ^2=2,632 P=0,757	0-15	39 (33,3%)	89 (33,8%)
	16-24	32 (27,4%)	65 (24,7%)
	25-34	28 (23,9%)	69 (26,2%)
	35-44	8 (6,8%)	24 (9,1%)
	45-59	5 (4,3%)	11 (4,3%)
	60 ou mais	5 (4,3%)	5 (1,9%)
Intenção inicial χ^2=26,314 P=0	Não fazer nada	24 (20,5%)	11 (4,2%)
	Marcar consulta	33 (28,2%)	79 (30,0%)
	Ir à urgência/emergência	173 (65,8%)	60 (51,3%)

Como observado na *tabela 1*, cerca de 69,2% das intenções de uso do serviço de saúde público foram consideradas inadequadas. Ou seja, a maioria dos usuários possuía uma intenção errada ao demandar o serviço de saúde pública, no momento da ligação.

O resultado do modelo de regressão proposto pode ser observado na *tabela 2*.

Tabela 2. Modelo de regressão

	B	Sig*	OR	95% IC for OR	
				Inferior	Superior
Intenção inicial	,683	,000	1,979	1,425	2,750
Hora	,315	,013	1,371	1,069	1,758
Constant	-1,836	,002	,159		

*Nível de significância.

A regressão mostra que apenas duas variáveis são consideradas significativas para a demanda inadequada, segundo o modelo proposto, a intenção inicial do usuário e a hora pretendida para o atendimento. As demais variáveis (dia da semana, sexo e idade) foram consideradas não significativas para a modelagem. Em relação à intenção inicial, cada incremento unitário na complexidade do atendimento pretendido eleva em 97,9% as chances de o usuário apresentar demanda inadequada, Odds Ratio (OR) de 1,979, tendo Intervalo de Confiança (IC) a 95% de 1,425-2,750. Em relação à hora, à medida que aumentam as classes de horas consideradas, a chance de o usuário apresentar intenção inadequada se eleva em 37,1% (OR: 1.371; 95% IC: 1.069-1.758). O modelo proposto se mostra estatisticamente significante, pois rejeita a hipótese nula ($\beta 0$ e $\beta 1=0$) no teste de razão de verossimilhança. Logo, os parâmetros estimados são significativos, fato endossado pelo baixo p-valor.

Em um contexto no qual o sistema de serviços de saúde enfrenta pressões por redução de custos e melhoria na qualidade, é vital para as organizações públicas a adoção de estratégias e procedimentos que vão de encontro a tais demandas. O uso de TICs corrobora tais objetivos, através da racionalização do uso do sistema e da disponibilização de mais informações para os usuários, que auxiliem na prevenção e no tratamento de doenças, bem como na minimização da alocação de recursos que seriam empregados de forma desnecessária em demandas inadequadas.

A variável intenção inicial confirma os trabalhos de Bunik *et al*. (2007) e Guimarães Junior *et al*. (2015), nos quais o usuário desassistido em serviços de aconselhamento possui maior propensão ao uso inadequado. Quanto maior a complexidade da intenção inicial do usuário, maior a chance de uso inadequado do sistema público de saúde. Dado o percentual de inadequação de demanda na amostra, percebe-se um grande potencial de agregação de eficiência ao sistema através da minimização do uso inadequado. Logo, conforme os resultados deste estudo e da literatura, uma fonte de economia de recursos no sistema de serviços de saúde pública brasileiro pode se derivar de políticas de aconselhamento médico, que direcionem os usuários de acordo com sua real necessidade, diminuindo o fluxo para os centros de tratamento mais intensivo, minimizando custos e contribuindo para a melhoria do nível de serviço e qualidade percebida.

Em relação à hora, à medida que as horas avançam durante o dia, ocorre um crescimento na probabilidade de demanda inadequada, e tal característica corrobora os resultados de outros autores, como os de Carret, Fassa e Domingues (2009), McHale *et al.* (2013) e Guimarães Junior *et al.* (2015). Assim, os gestores de serviços públicos de saúde devem preocupar-se em fornecer serviços de aconselhamento e triagem de forma mais intensiva nos períodos da tarde e da noite, nos quais existe a maior possibilidade de uso inadequado.

Dessa forma, para o serviço público de saúde no Brasil, são de vital importância o acompanhamento e a criação de campanhas públicas para a conscientização e a informação dos cidadãos, pois, de acordo com a amostra de dados, 69,2% das demandas de saúde foram consideradas, por uma central de aconselhamento, como inadequadas. O percentual de intenção inadequada aponta para o potencial de economias de recursos no sistema de serviços de saúde, a partir do uso de *call centers* de aconselhamento médico, auxiliando na identificação e prevenção de intenções inadequadas.

Conclusões

Tendo em vista o crescente debate sobre estado mínimo e pressões por políticas conservadoras, como, por exemplo, a proposta de copagamento como complemento ao financiamento do SUS, é de suma importância que sejam levantadas novas possibilidades para a redução de custos e a melhoria da eficiência do sistema de serviços de saúde pública, para contrapor tais propostas e, assim, garantir um sistema de serviços de saúde de qualidade e gratuito.

Nesse sentido, este estudo proporcionou a identificação do perfil do usuário do sistema público de saúde e as circunstâncias de atendimento que impactam significativamente na demanda inadequada deste sistema em municípios brasileiros, através do uso de centrais de aconselhamento médico por telefone. Foi constatado que uma maior complexidade da intenção inicial do usuário e a necessidade de uso do sistema de serviços de saúde nas horas finais do dia tendem a apresentar maior probabilidade de uso inadequado.

Levando, ainda, em consideração que a grande maioria dos usuários do sistema de serviços de saúde procura tais serviços inadequadamente, justifica-se o uso de centrais de aconselhamento médico – seja com plataformas *m-health* –, bem como campanhas públicas para conscientizar e informar os cidadãos, o que oportunizará melhoria na eficiência do sistema de serviços de saúde pública, bem como redução de custos.

Apesar da limitação quanto ao público por ela investigado, acredita-se que o uso de uma central de aconselhamento médico via *call center* tenha se mostrado muito útil para coleta de dados, proporcionando bons resultados para as ilações do presente estudo. Contudo, recomenda-se, para futuras pesquisas, que sejam ampliados os dados pesquisados, sendo estes, por exemplo, diretamente obtidos através de prontuários médicos de hospitais inclusos no sistema de serviços de saúde pública, para reforçar ou refutar essas constatações.

Colaboradores

Djalma Silva Guimarães Junior e Eduardo José Oenning Soares contribuíram substancialmente para a concepção e o planejamento do estudo, realizaram a análise estatística e ajudaram a redigir o manuscrito. Gileno Ferraz e Denise Dumke de Medeiros conceberam o estudo e participaram do planejamento, da revisão crítica e da aquisição de dados. Todos os autores foram responsáveis pela reformulação e revisão do conteúdo intelectual deste artigo, bem como pela leitura e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

ADDINSOFT. XLSAT Statistical software: version 2016.3. Paris, 2016.

AKTER. S.; D'AMBRA, J., RAY, P. Service quality of mHealth platforms: development and validation of a hierarchical model using PLS. *Electronic Markets*, v. 20, p. 209-227, 2010. Disponível em: <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=3964&context=commpapers>. Acesso em: 5 fev. 2017.

BOGDAN, G. M. *et al*. Evaluating patient compliance with nurse advice line recommendations and the impact on healthcare costs. *American Journal of Managed Care*, Old Bridge, v. 10, n. 8, p. 534-542, ago. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15352529>. Acesso em: 5 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Entendendo o SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/documentos/Apresentacao_IDSUS.pdf> Acesso em: 20 fev. 2017.

BUNIK, M. *et al*. A Pediatric Telephone *Call centers*: How Do They Affect Health Care Use and Costs? *Pediatrics*, Springfield, v. 119, n. 2, p. 305-313, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17272593>. Acesso em: 20 fev. 2017.

CAMPBELL, R. J. Consumer health, patient education, and the internet. *The Internet Journal of Health*, [S. l.], v. 2, n. 2, 2000. Disponível em: <http://ispub.com/IJH/2/2/13424>. Acesso em: 20 fev. 2017.

CARRET, M. L.; FASSA, A. C.; DOMINGUES, M. R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-28, jan. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100002>. Acesso em: 20 fev. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Opinião dos brasileiros sobre o atendimento na área da saúde*. 2014. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/apresentao-integra-datafolha203.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2014.

GUIMARÃES JUNIOR, D. S. *et al*. Attributes and circumstances that induce inappropriate health services demand: a study of the health sector in Brazil, *BMC Health Services Research*, Londres, v. 15, n. 65, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339295/>. Acesso em: 20 fev. 2017. Não paginado.

HANDEL, M. J. Mhealth (mobile health): using apps for healthand wellness. *Explore*, Nova Iorque, v. 7, n. 4, p. 256-261, jul./ago. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21724160>. Acesso em: 20 fev. 2017.

HOLST, J.; GIOVANELLA, L.; ANDRADE, G. C. L. Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. esp., p. 213-226, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0213.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

MCHALE, P. *et al*. Who uses emergency departments inappropriately and when – a national cross-sectional study using a monitoring data system. *BMC Medicine*, Londres, v. 13, n. 11, dez. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24330758>. Acesso em: 20 fev. 2017.

MECHAEL, P. The case for mHealth in developing countries. *Innovations:* Technology, Governance, Globalization, Cambridge, v. 4, n. 1, p. 103-118, abr. 2009. Disponível em: <http://www.mitpressjournals.org/doi/10.1162/itgg.2009.4.1.103>. Acesso em: 20 fev. 2017.

MUKHERJEE, A.; MCGINNIS, J. E-healthcare: an analysis of key themes in research, *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, Bingley, v. 1, n. 4, p. 349-363, 2007. Disponível em: <http://www.iupui.edu/~j21099/courses/readings/mukherjee.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

SESTELO, J. A. F.; SOUZA, L. E. P. F.; BAHIA, L. Private health insurance in Brazil: Approaches to public/private patterns in healthcare. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 851-866, maio 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/04.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

WELTERMANN, B. M. *et al*. Stroke knowledge among diabetics: a cross-sectional study on the influence of age, gender, education, and migration status. *BMC Neurology*, Londres, v. 13, n. 202, dez. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3867625/>. Acesso em: 20 fev. 2017. Não paginado.

Recebido para publicação em março de 2017
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Buen Vivir *(Sumak Kawsay)*: definiciones, crítica e implicaciones en la planificación del desarrollo en Ecuador

Good Living (Sumak Kawsay): definitions, critique and implications for development planning in Ecuador

Erika Lorena Arteaga-Cruz[1]

RESUMEN Con la transición de gobiernos progresistas en la región mientras en Ecuador se mantiene el progresismo, vale recordar algunos hitos del contexto ecuatoriano y la disputa por la acumulación del capital reflejada en el modelo de desarrollo. Este ensayo analiza el Buen Vivir/*Sumak Kawsay* como alternativa civilizatoria y aborda los planes nacionales de desarrollo. A pesar de que en un inicio se planteó otro modo civilizatorio, con el paso de los años poco se logró concretar de cambio y transformación; una mirada a la década anterior nos deja de saldo un Estado Ecuatoriano moderno, capitalismo con rostro humano. A pesar del vaciamiento del concepto, vale la pena seguir disputando esa dimensión.

PALABRAS-CLAVE Desarrollo económico. Formulación de políticas. Política pública.

ABSTRACT *While progressive governments are in transition in the region, in Ecuador the progressive government will continue. It is important to review some key aspects of the Ecuadorean context and its relation with the development model as a reflection of capital accumulation. This essay analyses Good Living/Sumak Kawsay as a civilization alternative and reviews National Development plans. Even though another way of living was proposed, little transformation was actually achieved; looking ten years back, we have a modern Ecuadorean state, a more humane capitalism. Despite Sumak Kawsay currently being empty of content, we suggest it is worthwhile to recover that dimension.*

KEYWORDS *Economic development. Policy making. Public policy.*

[1] Universidad Andina Simón Bolívar, Doctorado Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad – Quito, Ecuador.
erikarteaga@yahoo.com

Buen Vivir *(Sumak Kawsay)*: ¿un modo civilizatorio emancipatorio?

El Buen Vivir es uno de los conceptos desplegados en estos diez años que apuntaló ideológicamente el discurso de cambio que representaba el gobierno progresista en Ecuador. En el marco de la construcción de nuevas constituciones en la zona andina, el *Sumak Kawsay*/Buen Vivir se plasmó en la Constitución del Ecuador de 2008 y continúa siendo parte significativa de los debates a nivel nacional, regional y mundial.

Con la fuerza y plataforma importante de los movimientos sociales ecuatorianos históricos y en el contexto latinoamericano con el gobierno de Chávez ya en el poder, Ecuador logra afianzar una propuesta alternativa que intenta consolidar el sueño de justicia social, equidad y 'otro mundo posible' de varias décadas y que se refleja en la mencionada Nueva Constitución 2008 y en esa noción del Buen Vivir.

Con el nuevo panorama de transición de gobiernos progresistas en la región mientras en Ecuador todavía se mantiene el progresismo, vale la pena recordar algunos hitos del contexto ecuatoriano y su relación con la disputa por la acumulación de capital propiciada por el modelo de desarrollo. En este ensayo se analiza el Buen Vivir/*Sumak Kawsay* propuesto como modo civilizatorio para el país y se ejemplifica la contraposición de ambas visiones en el campo de la salud ancestral e indígena vs. desarrollista representada por el complejo biomédico hegemónico industrial. Finalmente se abordan los planes nacionales de desarrollo que dan cuenta de la variación del énfasis en varios aspectos a lo largo de la década: soberanía y tratados de libre comercio, reforma agraria, cambio de matriz productiva; todas ellas dimensiones importantes para el cumplimiento efectivo del derecho a la salud, que es un derecho en interdependencia con otros derechos.

Contexto

Desde los años setentas el Ecuador ha sido un país petrolero ligado a la "paradoja de la abundancia", fenómeno que describe la incongruencia de que las naciones ricas en recursos naturales, y cuyas economías se basan en la extracción-exportación de dichos recursos, están "destinadas a la pobreza" (ACOSTA, 2011, P. 83). Este destino es la herencia resultante de alianzas de élites del Norte y transnacionales con las burguesías locales del Sur Global tanto productivistas como rentistas y agravada por la superexplotación descripta por Marini, en una continuidad de la colonia a la dependencia (RUIZ, 2013).

Para fines de los años ´80, en Latinoamérica se hablaba de la 'década perdida' y en los años ´90 se aplicaban reformas neoliberales en todos los países del continente. En el caso del sector de la salud en Ecuador se promovían Fasbase (Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud) y Modersa (Proyecto de Modernización de los Servicios de Salud) que – bajo el auspicio del Banco Interamericano de Desarrollo – pretendían privatizar los servicios de salud públicos bajo consignas de 'eficiencia, efectividad, calidad y equidad'. En la década de los años ´90 y con varios movimientos y organizaciones sociales sólidas, como el Seguro Social Campesino y el Movimiento Indígena-con la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (Conaie) o la Federación Nacional de Organizaciones Campesinas, Indígenas y Negras (Fenocin), entre otras, se logra poner freno a la firma del Tratado de Libre Comercio con EEUU y a la privatización de la Seguridad Social.

A fines de la misma década e inicios del nuevo milenio se derrocan los gobiernos de Mahuad, Bucaram y Gutiérrez por su imposición de medidas al servicio del capital como la crisis bancaria del 2000, que congela los ahorros de los ecuatorianos y ecuatorianas para salvar a la banca privada o la instalación de la base militar norteamericana en Manta como punto de control geopolítico.

En Ecuador se logra una movilización

social substancial y en el 2006 varias organizaciones históricas como el movimiento de mujeres, los campesinos, los indígenas, y colectivos académicos que cuestionaban el pago ilegítimo de la deuda externa, entre otras, incluyen sus agendas en el programa de Alianza País y modelan, en sus inicios, el proyecto político en torno a otra propuesta, una alternativa al desarrollo.

El *Sumak Kawsay* es una propuesta que pretende centrar la sociedad en el sujeto, un intento de reconstrucción del vínculo sujeto-objeto, una creación de comunidad inspirada desde el ayullu y la propuesta del movimiento indígena ecuatoriano para unos (SIMBAÑA, 2011) mientras que para otros es el resultante del debate de intelectuales mestizos que luego se incorpora a las demandas del movimiento indígena (ALTMAN, 2013).

Modelo de desarrollo: ¿qué es desarrollo?

El desarrollo es un concepto relacionado a la calidad de vida, bienestar, salud y felicidad que se lograría si se siguen ciertas recetas ligadas al imaginario que en la sociedad occidental de consumo se tiene de un estilo de vida apropiado. El Grupo Permanente de Trabajo sobre Alternativas al desarrollo, citando a Foucault y a Arturo Escobar, define al desarrollo como:

> Un dispositivo de poder que reorganizó al mundo, relegitimando la división internacional del trabajo en el contexto capitalista, mediante un enorme conjunto de discursos y prácticas. El desarrollo se transformó en objetivo de las políticas públicas, se destinaron presupuestos y se crearon múltiples instituciones encargadas de impulsar al desarrollo, a escala local, nacional e internacional [....] En los países del Norte, lo que antes eran políticas económicas frente a las colonias se resignificó en términos de 'cooperación internacional' al desarrollo. (LANG; MOKRANI, 2011, P. 13).

Así como existen formas de vida a imitar en el Norte – formas de vida que se alcanzarían con el 'desarrollo'– con la categoría de subdesarrollo se desvalorizan los modos de vida, relacionamientos sociales y saberes existentes en el Sur. De esta forma con el desarrollo, el crecimiento económico y el sueño de progreso que este paradigma implica y que se despliega con el discurso de las agencias internacionales como Naciones Unidas, la cooperación internacional y algunas políticas públicas globales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se perpetúa visiones economicistas sin tener en cuenta los sacrificios que dicho crecimiento económico impone en la periferia; así por ejemplo el desastre ambiental en Marianas y la pérdida de vidas en deslave tóxico en Brasil, cientos de campesinos y campesinas desplazados de sus tierras por el agronegocio a nivel global, migraciones masivas desde Medio Oriente a Europa por las guerras desencadenadas por la posesión de petróleo, entre otras; todas ellas afectaciones directas al ejercicio efectivo del derecho a la salud.

En este escenario, los países subdesarrollados – Latinoamérica inclusive – debían seguir los pasos de aquellos industrializados. El tema central era el crecimiento económico y no las formas de distribución de esa riqueza, de hecho el bienestar de la población queda subordinado al crecimiento y progreso, pues la desigualdad y la pobreza se resolvían en términos económicos. He ahí la importancia de medir el Producto Interno Bruto o el Índice de Desarrollo Humano.

En respuesta a políticas neoliberales, como la privatización de servicios de salud, los programas de salud focalizados para pobres o los tratados de libre comercio y a la presión por un desarrollo que implicaba la integración a la sociedad de consumo, se plantean desde el Sur otras alternativas.

Entre esas alternativas está el Buen Vivir como una crítica a la modernidad o al "maldesarrollo que conduce al malvivir" según Tortosa (*APUD* HOUTART, 2011, P. 63). En ese sentido, la crisis del modelo de desarrollo dominante que entiende la naturaleza como subordinada

al hombre y que impone una visión utilitarista, fragmentada de aquella en una serie de elementos – recursos naturales – (HOUTART, 2011), es cuestionada con la idea del S*umak Kawsay*.

Buen Vivir / *Sumak Kawsay:* definiciones

Padre Fuego: Ni más ni menos no somos porque nosotros mismo somos fuego. Yakumama: Ni más ni menos no somos porque nosotros mismo somos agua. Padre Viento: Ni más ni menos no somos porque nosotros mismo somos aire. Pachamamita: ni más ni menos no somos porque nosotros mismos somos tierra.
*C*armen Cumba, Oración ceremonial en Jambi Warmi Kuna

Con una crítica al modo de vida occidental, Choquehuanca – ex canciller boliviano – describe lo que implica el desarrollo para los y las indígenas. Se parte del supuesto de que éste traería beneficios de la modernidad, un vivir mejor, a través de la integración de los pueblos indígenas al mercado y de su fuerza laboral. Con ello se logra apartarlos de sus usos y costumbres ancestrales – valor de uso – para convertir en valor de cambio actividades como el turismo comunitario; obligando a la renuncia de formas de subsistencia milenarias y con ella, a la autodeterminación de sus territorios, lo que más tarde permitiría la explotación minera o petrolera (CHOQUEHUANCA, 2010).

En el campo de la salud estos argumentos cobran sentido en el caso de México, por ejemplo, en el que la diabetes propiciada por el consumo de bebidas azucaradas y comida chatarra que produjo medio millón de muertes en los últimos seis años, no impactaba a la población indígena debido a su alimentación tradicional y ligada al agro, en síntesis, un modo civilizatorio distinto. Sin embargo desde el 2010 – con la expansión de la industria de bebidas azucaradas – inicia la dotación de refrigeradoras en las comunidades y se favorece la transferencia de ayuda pública para consumo de estos alimentos. Hoy pueblos como los mazahuas han abandonado su alimentación milenaria y presentan niveles altos de hiperglucemia, así como la doble carga de desnutrición y sobrepeso que se acompaña de una ausencia de servicios de salud (MARCIAL, 2016); demostrando que la preservación de la alimentación tradicional ligada a la soberanía alimentaria que se ejerce en el territorio construye salud.

En este contexto Luis Macas, dirigente histórico de la Conaie, define el S*umak Kawsay*, Buen Vivir o Vida en Plenitud como:

> la vida en excelencia material y espiritual. La magnificencia y lo sublime se expresa en la armonía, en el equilibrio interno y externo de una comunidad. Aquí la perspectiva estratégica de la comunidad en armonía es alcanzar lo superior [...]. La convivencia es posible en tanto existan los onsensos y la voluntad y las condiciones para lograr la armonía en la comunidad, obviamente la comunidad y la naturaleza. Estas formas de relaciones determinan las formas y los sistemas de vida en los seres humanos. Es decir que somos colectivos. Todos los pueblos originarios, incluso en el occidente, nacieron así. Luego nos individualizan, nos ciudadanizan. (MACAS, 2010, P. 14).

Los siguientes elementos básicos diferencian al S*umak Kawsay* del capitalismo, considerando que el Buen Vivir no equivale a Estado de Bienestar: 1) el sujeto es colectivo, 2) existe complementariedad; aprovechamiento de recursos naturales y trabajo comunitario o colectivo 3) hay una valoración de las relaciones comunitarias en el uso de los bienes, 4) se promueve una abstención de la acumulación y la ritualización/redistribución del excedente y 5) se fundamenta en la armonización con el entorno y la Naturaleza (MALDONADO, 2009).

Los contrastes del capitalismo y de los modos de vida de los pueblos y nacionalidades ancestrales que defienden y dan el significado al S*umak Kawsay* se pueden visibilizar mejor en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Comparación concepción del capitalismo vs concepción del *Sumak Kawsay*

Capitalismo	***Sumak Kawsay***
Propiedad privada – capital	Propiedad colectiva y familiar
Ser humano egoísta – Sujeto económico individual	Sujeto económico colectivo
Busca rentabilidad económica individual	Busca bienestar de la comunidad
Acumulación	Predominio de instituciones de reciprocidad social (redistribución)
Control del mercado	Mercado espacio de intercambio excedentes y complementación
Obsesión por el Crecimiento Económico	
Predominio de las Empresas Privadas	
Depredación de recursos naturales	El ser humano es parte de la naturaleza (reciprocidad sacralizada)
Producción orientada a satisfacer necesidades creadas desde las empresas	Satisfacción de necesidades y re-establecimiento de alianzas para garantizar acceso a recursos
Reglas del mercado, oferta y demanda	

Fuente: Maldonado (2009).

Como se puede observar, en el S*umak Kawsay* se considera a la naturaleza como un ser vivo y como objeto de cuidado o sujeto de derechos. Se puede deducir que la salud en ambos esquemas es distinta desde su concepción original: la una es producto de la acción individual, el sometimiento a un complejo biomédico industrial que patologiza procesos fisiológicos como el parto o nos somete a un sistema alimentario dependiente de las grandes empresas; la otra está ligada al ser humano en tanto su relación con el entorno y la comunidad, con el territorio y su conexión sacralizada con este, con la soberanía alimentaria como expresión de la salud: la salud colectiva.

El S*umak Kawsay* como ética que ordena la vida de la comunidad, se hace visible en las familias y comunidades o ayllus en Ecuador y esa ética resiste el proceso de colonización. Durante la década de los 90, con la lucha contra los tratados de libre comercio y el modelo económico que proponía tecnología y modernización como puntales para el crecimiento, el movimiento indígena ecuatoriano impulsa la defensa de la soberanía alimentaria, la reforma agraria y posiciona la propuesta de un Estado Plurinacional (SIMBAÑA 2011). Lo comunitario es el corazón de la propuesta plurinacional y del S*umak Kawsay* y la comuna es el espacio de reproducción histórica e ideológica de los pueblos indios en sus ámbitos material, cultural y espiritual. Allí se recrean los principios de reciprocidad, propiedad colectiva, relación y convivencia con la naturaleza, responsabilidad social y consensos. La comuna es entonces, un modelo concreto y en contradicción con el neoliberalismo y el desarrollo/progreso que este implica (SIMBAÑA, 2011).

Así como en Ecuador se definió un S*umak Kawsay* (en lengua kichwa), en Bolivia se defendía el Suma Qamaña (en aymara) o el "convivir bien" y no vivir mejor que los otros, incorporando la dimensión material pero también la espiritual (HOUTART, 2011, P. 70). Por ello, es imposible separar la idea de equidad y justicia social de la relación con la naturaleza pues

> no se puede pensar en sostener, o lo que es peor, expandir la explotación petrolera, minera y de otros bienes naturales bajo la promesa de una redistribución y una mayor participación estatal, sin seguir debilitando la economía social de los pueblos (SIMBAÑA, 2011, P. 223) [y por consiguiente, su salud].

Dicho de otro modo y con una perspectiva ecosocialista: las heridas de actividades productivas como la explotación petrolera en territorio de pueblos no contactados, dejan tras de sí desequilibrios socio ambientales nefastos en lo que Veraza califica como la mutación de fuerzas productivas en fuerzas destructivas que despliegan la esencia del modelo de producción capitalista que es a la vez progreso y decadencia (RUIZ, 2013).

Proyectos como el ecosocialismo que se relacionan con el Buen Vivir, tienen según Ruiz (2013), un doble reto: luchar por una distribución equitativa de las fuentes de riqueza o fuerzas productivas como la tierra, el agua, la ciencia, la técnica, el conjunto de saberes que garantiza la reproducción de la vida como salud, educación, entre otros

> y por la transformación radical de aquellas fuerzas que se han vuelto destructivas, aunque en el presente sean ellas mismas fuentes de producción de riqueza. (RUIZ, 2013, P. 4).

En el escenario ecuatoriano se plantean las preguntas: ¿cuántos pozos petroleros en territorios ancestrales, cuyos derrames ocasionan cáncer en los habitantes de la zona, deben admitirse para que los recursos fiscales obtenidos de esa actividad extractiva se destinen a la construcción de hospitales con tecnología de punta? ¿Cuántas concesiones mineras?

A pesar de que teóricos indígenas como Choquehuanca diferencian el Buen Vivir tanto del socialismo como del capitalismo, Houtart (2011) demuestra que no existe una discrepancia entre Buen Vivir y socialismo al rescatar la crítica de Marx respecto del capitalismo como la causa de la separación entre hombre y naturaleza y de la constante relación del hombre con aquella, que es la relación consigo mismo.

Como el Buen Vivir no implica únicamente la satisfacción de necesidades, el acceso a bienes y servicios básicos o la acumulación de bienes, los indicadores para comparar unas naciones con otras como el Producto Interno Bruto o el Índice de Desarrollo Humano, los Objetivos del Milenio u otras medidas globales, no logran reflejar el estado del vivir bien/conexión con la naturaleza, dimensión material/espiritual que el Buen Vivir encierra. O cómo resume Altman (2013, P. 292) respecto de la conexión espiritual entre pueblo, territorio y metafísica que es una relación compleja: el territorio es

> parte integral de la identidad del pueblo y por tanto no puede ser separado del mismo, por lo que la relación entre pueblo y territorio es muy diferente de la que prevalece entre la población mestiza.

Críticas al Buen Vivir: el caso del sector salud y la potenciación del modelo biomédico hegemónico

Críticas al Buen Vivir en tanto discurso implementado desde el Estado, existen y son contundentes. Críticas como la de Viola, apelan a que el Buen Vivir resulta de una idealización de la cosmovisión y los valores de las culturas andinas y con ello un invento que se presenta como alternativa al desarrollismo pero que solo permite la continuidad entre el desarrollismo y el invento (VIOLA *APUD* DOMINGUEZ; CARIA, 2014, P. 35).

De este modo, según Domínguez y Caria (2014, P. 27), el Buen Vivir se ha convertido en un "aparato ideológico del Estado", funcional a objetivos desarrollistas normales como: el aumento del Producto Interno Bruto per cápita con reducción de la pobreza y de la desigualdad. Este enfoque en inequidades sociales en el marco de un capitalismo con rostro humano, está lejos de la vida en plenitud y cercano al consenso de Washington o nuevo desarrollismo.

Para ello basta un ejemplo: la redistribución de tierra y agua en el Ecuador durante el período de la Constitución del Buen Vivir ha sido nula con 5% de propietarios que concentran el 52% de las tierras agrícolas mientras que el 60% de pequeños productores son propietarios solo del

6.4% (SENPLADES, 2013 *APUD* DOMINGUEZ; CARIA, 2014, P. 28). Es así que el Buen Vivir pasa a ser un discurso ideológico que enmascara la realidad y termina como una mentira que se propaga como verdad (DOMINGUEZ; CARIA, 2014).

Si Ecuador ha mejorado las condiciones socio-económicas del país en la última década, ello se debe a las transferencias condicionadas – Bono de Desarrollo Humano – y a políticas sociales de protección social directa a las familias más que a un cambio de modelo económico que apuntale la transición hacia otro paradigma.

En el sector salud, los diez años de Revolución Ciudadana se califican de exitosos así: construcción de 13 hospitales y ocho adicionales en proceso de construcción, 61 nuevos centros de salud entre centros grandes y pequeños y 34 centros de salud adicionales en construcción. Se logra la certificación internacional de 39 hospitales públicos mientras que con respecto a la vacunación, se pasa de 11 a 20 vacunas específicas administradas por el sistema público – con una inversión de 60 millones de dólares. Se triplica la cantidad de profesionales en la salud pasando de 9 por cada mil habitantes a 20 por cada mil habitantes, así como se incrementa el número de horas de trabajo de dichos profesionales de 4 a 8 horas. Para el 2016 solamente se realizaron 41 millones de atenciones de salud. La inversión total en 10 años de gobierno es de 16.188 millones de dólares (ECUADOR..., 2017).

Así mismo, en seguridad social se detallan los logros respecto del incremento del número de médicos – 5800 en 2006 a 17000 en 2016 –, el incremento en el número de unidades médicas a nivel nacional con un total de 97 unidades médicas y 659 dispensarios de salud. Para el Seguro General Obligatorio se cuenta con 3'415.015 afiliados – que si se incluyen los beneficiarios del seguro general de salud individual y familiar llegarían a los 9.187.917; mientras que 1.277.983 afiliados pertenecen al Seguro Social Campesino. Adicionalmente se coloca como logro el incremento de la jubilación de quienes aportaron más de 40 años en 70% a lo largo de siete años (ECUADOR..., 2017).

Sin embargo, todos los logros descriptos arriba narran únicamente la consolidación de un complejo biomédico hegemónico en salud. Esto implica que aunque desde el 2006 se haya invertido y modernizado o ampliado la cobertura de servicios de salud curativos:

> El impacto favorable de esta política se ve enmascarado por la proliferación de procesos malsanos (supeditados a las condiciones impuestas por el productivismo en ambientes deteriorados física o culturalmente), que se multiplican en los escenarios donde la gente vive, trabaja o se recrea y cuyo efecto va contracorriente respecto a la curación que ofrecen los servicios. (BREILH, 2014, P. 4).

De hecho, a pesar del incremento en la inversión en el sector salud con la 'revolución ciudadana', la mortalidad materna, como ejemplo paradigmático en el impacto en salud pública, no se redujo. Según Noboa (2015), la mortalidad materna no ha disminuido significativamente en estos 24 años, de cifras que fluctuaron entre 84,6 y 96,1 x 1000 nacidos vivos (nv) en los primeros años de la década de 1990, la razón de mortalidad materna ha descendido a cifras que fluctúan entre 45,7 y 70,4 x 1000 nv en los 4 últimos años de los que se dispone datos 2010-2013. Varios estudios recientes demuestran que la inversión en salud en los diez años de la revolución ciudadana propició la acumulación de capital en la industria de insumos, farmacéuticas, aseguradoras privadas (DÁVALOS, 2016; ITURRALDE, 2014); impulsó el desmantelamiento de la Seguridad Social con la transferencia de fondos públicos a clínicas privadas (DÁVALOS, 2016) y no logró que los hogares ecuatorianos gasten menos en salud: las familias continuaban asumiendo los principales desembolsos en salud con un 45% del total del gasto como gasto de bolsillo mientras que un 29% pertenece al gobierno y solo un 23% a la seguridad social (ITURRALDE, 2014).

De esta manera, los programas de inclusión social llevados a cabo desde la Constitución del 2008, fueron un intento de modernización

del Estado con redistribución, siguiendo la hipótesis de Breilh (2014) sobre la Transición al Neo-productivismo con Gobernanza. Ya para el 2014 se pueden enmarcar a esos programas sociales en una inclusión social limitada necesaria para lograr gobernanza en el país sin lograr un verdadero cambio del modelo de acumulación. Se cambia la política neoliberal de privatización en el sector salud de los ochentas y noventas por

> una renegociación mínima de las remuneraciones, el dispendio inorgánico de subsidios con programas tibiamente redistributivos y una modernización de la institucionalidad pública. (BREILH, 2014, P. 7).

Es más, cuando a inicios del 2015 se verificó que la reducción en mortalidad materna era otro tema rezagado en la política de salud del gobierno progresista de Alianza País, se ofrecieron medidas de corrección con disminución de los sueldos de altos funcionarios de gobierno para invertir en la contratación de 1000 médicos alópatas adicionales (ECUADOR, 2015) sin reparar en la Atención Primaria de Salud como estrategia ni en el rol de parteras, promotores de salud, agentes tradicionales y su contacto cercano con las comunidades rurales e indígenas de las que son parte y que usualmente cuentan con menor cobertura de atención materno infantil. De esta manera se potencia el modelo de acumulación bajo el complejo biomédico industrial.

Se concreta en salud un modelo de salud moderno, curativo, dependiente del extractivismo y los recursos económicos que este genera y que se invertirán en una especie de saco sin fondo, dado que continuaremos con la afectación a la salud y a los modos de vida de las víctimas colaterales del ideal de progreso. Mientras tanto, la salud concebida como relación con el territorio, la ritualidad y sacralización de la naturaleza, la conservación de la semilla nativa y de los saberes ancestrales en alimentación ligados a la soberanía alimentaria, la atención del parto como proceso fisiológico y otras prácticas que promueven los agentes tradicionales de salud como parteras y sus asociaciones- relacionadas con la concepción de S*umak Kawsay* evidenciada en la segunda columna del cuadro 1, se vuelve aún más marginal.

Planes Nacionales de Desarrollo y Cambio de Matriz Productiva: el vaciamiento del concepto de Buen Vivir

Al inicio del período de gobierno de Alianza País se contó con un Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 que detalló el 'cambio de modo de Estado', de forma que este recupere sus bases de gestión, planificación, regulación y redistribución. Su objetivo era fomentar la igualdad y la cohesión social (KING, 2014).

Ya para el 2009 se lanza el primer Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV 2009-2013) en el que René Ramírez – Secretario Nacional de Planificación – define el Buen Vivir así:

> La satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte digna, el amar y ser amado, el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas. El Buen Vivir supone tener tiempo libre para la contemplación y la emancipación, y que las libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades reales de los individuos se amplíen y florezcan de modo que permitan lograr simultáneamente aquello que la sociedad, los territorios, las diversas identidades colectivas y cada uno – visto como un ser humano universal y particular a la vez – valora como objetivo de vida deseable (tanto material como subjetivamente y sin producir ningún tipo de dominación a un otro). (ECUADOR, 2009, P. 6).

De esta forma, a pesar de que el PNBV 2009 – 2013 cuestiona el Consenso de Washington abiertamente e intenta en su narrativa poner en el centro del debate a la acumulación, producción/reproducción de capital, con retórica de una estrategia económica incluyente, sostenible y democrática que lleve a la redistribución (2009), con el concepto de Buen Vivir de Ramírez, que es todo y nada a la vez, evadiendo la relación con el territorio, podemos asumir que fue un discurso producto de un ejercicio teórico burocrático más que una visión con potencialidades para la transformación de la realidad.

En concreto, en el PNBV 2009-2013 se equipara el Buen Vivir con el 'desarrollo humano sustentable' y en torno a la noción de un cambio económico equitativo, se plantea el desarrollo con base en el turismo comunitario, la redistribución de tierras y aguas, la economía del conocimiento, el sector de la construcción, del s*oftware-hardware,* de la industria de alimentos, entre otros; así como en torno a la sustitución selectiva de importaciones y diversificación de exportaciones. Sin embargo, el turismo no contó con políticas o inversión apropiada como para convertirse en un eje del cambio económico y la redistribución de tierras y aguas continuó siendo una deuda; tampoco la sustitución selectiva de importaciones y diversificación de exportaciones se concretaron (OSPINA, 2013). Es más, en todas las nociones del Buen Vivir del gobierno ecuatoriano, aun cuando el enfoque sea el de equidad, se vacía del contenido territorial/defensa de los territorios con el trasfondo metafísico que el S*umak Kawsay* impulsado por el movimiento indígena planteaba, así:

> los intelectuales no-indígenas se refieren sobre todo a la idea de una relación armónica entre individuo, sociedad y naturaleza, mientras el movimiento indígena expande el concepto al comprender en él al territorio. (ALTMAN, 2013, P. 296).

Para el siguiente período se cuentan nuevos ajustes así, aunque el Plan Nacional del Buen Vivir 2013- 2017 señala la importancia de las pautas distributivas y redistributivas y no simplemente el crecimiento económico como fundamento del Buen Vivir en la narrativa, es claro que lo que se fortalece es el cambio de matriz productiva. Con la salida de Lenin Moreno y el ingreso de Jorge Glas a la Vicepresidencia de la República en el 2013, esta instancia de gobierno asume un rol protagónico en el cambio productivo y el control de sectores estratégicos. Esta nueva tarea que incluye una Secretaría Técnica de la Matriz Productiva, reemplaza al enfoque de 'inclusión social' de la Vicepresidencia hasta entonces y prioriza 'megainversiones y megaproyectos' por sobre el componente social. Mientras tanto, la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (Senplades) se encarga – a través de la Secretaría Técnica para la Erradicación de la Pobreza – de lo social, con un rol menor (KING, 2014).

Para el PNBV 2013-2017 se coloca énfasis en el cambio de matriz productiva y dentro de esta en el cambio de matriz energética; igualmente, se coloca a la minería y a la industrialización de productos mineros como puntales de desarrollo, junto con la economía del conocimiento y la inversión masiva en el proyecto emblemático de la Universidad del Conocimiento Yachay. Con la preponderancia de lo descripto es claro que se priorizó la infraestructura (OSPINA, 2013) y con ello se potencia el mito del progreso y el modelo extractivista, con las afectaciones a la salud evidentes en ese tipo de 'desarrollo' que separa al sujeto del objeto/ hombre de la naturaleza, ahonda la herida en el territorio y la crisis climática global.

En el período del 2013 hasta la fecha, la propuesta del Yasuní ITT – mantener el petróleo bajo tierra con apoyo financiero de la comunidad internacional – que era el ejemplo de promesa de un cambio, una alternativa al desarrollo, hacia la construcción del S*umak Kawsay* – se deja de lado. Ya para mediados del 2013 se inicia más bien la firma del Tratado de Libre Comercio con la Unión

Europea y con ello, un marcado abismo entre lo alternativo – S*umak Kawsay* – y el concepto vaciado de contenido que usó el gobierno ecuatoriano para continuar con el modelo primario exportador.

El cambio de matriz productiva es un claro ejemplo de la planificación para el mismo modelo de desarrollo y el vaciamiento del concepto del S*umak Kawsay*. Según Villavicencio (2016) con el discurso de la transformación permanente que está a punto de llegar, con discursos grandilocuentes que no terminan de delimitar cuál es el cambio del modelo de acumulación, lo que se tiene en concreto es una planificación para treinta años dependiente de obras gigantes de infraestructura y consolidación de siderurgia, cobre, hidroeléctricas; es decir, sin transformación.

El cambio de modelo de acumulación se basaba en la transición de una economía primario – exportadora a una economía del conocimiento y así se plantearon grandes metas como:

> i) aumentar la participación de la industria en la composición del producto nacional, ii) diversificación 'inteligente' de las exportaciones e incorporación de mayor valor agregado a través de productos manufacturados, iii) dinamización del mercado interno y substitución selectiva de importaciones, iv) generación de empleo de calidad y v) desconcentración de la riqueza. (VILLAVICENCIO, 2016, N. P.).

Sin embargo, solo en la política de desarrollo selectivo de la industria se verificó que para el 2013 la participación de la industria manufacturera decreció a 12.4% comparado con el 13.7% del 2007, en la cifra más baja de los últimos treinta años (VILLAVICENCIO, 2016). Así mismo, para el 2013 el déficit de la balanza comercial no petrolera por incremento de importaciones superó los 9.000 millones de dólares, razón por la que se creó un sistema de salvaguardias mientras que si nos referimos a la democratización de los medios de producción:

> en 2003 los ingresos de las 400 empresas más grandes que operaban en el Ecuador representaban alrededor del 50% del PIB y en 2014 sus ingresos ya habían alcanzado el equivalente al 58%. (VILLAVICENCIO, 2016, N. P.).

Finalmente, el cambio de matriz productiva se fundamenta en la hidroelectricidad y en la explotación de recursos naturales como cobre y hierro evidenciando el vaciamiento del concepto del S*umak Kawsay* impulsado por el movimiento indígena al escindir de aquel el territorio; es entonces el Buen Vivir

> puro capitalismo neoliberal: la tierra, el territorio como objetos desprovistos de todo valor intrínseco, de toda relación social y toda significación simbólica se convierten en piezas sobre los cuales se ejerce la violencia de la acumulación capitalista. (VILLAVICENCIO, 2016, N. P.).

Conclusiones

A pesar de que el S*umak Kawsay* (Buen Vivir) fue apoyado a inicios del período por el gobierno de Alianza País y en la Asamblea Constituyente, con una Constitución en varios aspectos progresista, con el paso de los años poco se logró concretar de cambio y transformación. Hoy una mirada a la década anterior nos deja de saldo un Estado Ecuatoriano moderno, con énfasis en la eficiencia y meritocracia; un capitalismo con rostro humano.

En una apreciación general, se podría afirmar que mientras el objetivo de los planes de desarrollo desde el 2007 hasta el 2013 era la reducción de la inequidad y la distribución de medios de producción, para el PNBV 2013-2017 el enfoque fue erradicar la pobreza sin mirar las estructuras que la producen, sin cuestionar los modos de acumulación y con una apuesta a los mega proyectos de cambio de matriz energética y a la industria minera (KING, 2014). Con ello se

verifica que, al igual que en el caso brasilero o argentino, no se modificaron los patrones de distribución ni de consumo y que

> en sintonía con las estrategias del Banco Mundial, se abandonó la política de redistribución de la riqueza y en su lugar se profundizan las destinadas a combatir la pobreza. (ZIBECHI, 2006, P. 2).

Cabe acotar que incluso cuando el gasto social importante y la inclusión de grupos vulnerables podría suponer un incremento de poder social fomentando una transición hacia otro modo civilizatorio, es evidente que el carácter asistencial de la política social se orienta hacia la contención de conflictos existentes o potenciales derivados del extractivismo, reforzando la tesis de una adecuada gobernabilidad más que un cambio estructural o de la implementación de otro paradigma (BREILH, 2014; MUÑOZ; CARRIÓN, 2013).

En ese sentido, con un S*umak Kawsay* como concreción de varios años de lucha del movimiento indígena, que plantea la defensa de los territorios en el sentido metafísico descrito por Altman y varios teóricos indígenas, vale la pena plantearse las preguntas que proponía Canclini (1983, P. 28) respecto de si las culturas andinas, son aquellas:

> supervivencias precapitalistas en proceso de extinguirse, incapaces de actuar cómo agentes transformadores? O podemos considerarlas una alternativa al desarrollo hegemónico, precisamente por el carácter ´disfuncional´ de sus hábitos de producción y consumo, de sus creencias impermeables al saber que les imponen.

¿Es el S*umak Kawsay* un concepto que debe ser abandonado, toda vez que se ha vaciado de contenido? Insistimos en que no. Desde la salud por ejemplo lo que aporta la concepción de salud/Buen Vivir de la organización indígena campesina y la organización de parteras es una resistencia a la modernidad

> como tendencia civilizatoria dotada de un nuevo principio unitario de coherencia o estructuración para la vida social civilizada y para el mundo correspondiente a esa vida (ECHEVERRÍA, 2009, P. 7-8), [una resistencia a la obsolescencia de lo ancestral].

Esta resistencia se fundamenta, como explicaba Echeverría, en la capacidad de acercarse a la naturaleza en términos sagrados y no puramente profanos matematizados. Es esa conexión "que implic(a) determinantemente el recurso de operaciones de orden mágico" (ECHEVERRÍA, 2009, P. 9) con la naturaleza la que posibilita la resistencia y le da sentido a la construcción de otros modos de salud.

Es más, la defensa del S*umak Kawsay* como lo construye y lo disputa el movimiento indígena, así como la recuperación de saberes ancestrales, es una resistencia importante a la modernidad. Con la caza de brujas, se perseguía también la magia/espiritualidad/ conexión con la naturaleza. La organización capitalista del trabajo trató de controlar la naturaleza rechazando lo impredecible de la magia y sobre todo, la relación con la naturaleza/ separación sujeto del objeto.

De esta forma, aunque la explotación y expropiación se da en el plano material y es en ese plano que hay que disputar el poder político para transformar y construir el otro mundo posible que soñamos en América Latina; la espiritualidad, la remediación primordial de la herida con la naturaleza, la construcción colectiva de salud, el cuidado de la vida, son formas esenciales -tanto como la formación de sindicatos o la formación política de los movimientos sociales- para la resistencia al capitalismo y la derrota de él en pos de algo común. ■

Referências

ACOSTA, A. Extractivismo y neoextractivismo: dos caras de la misma maldición. In: LANG, M; MOKRANI, D. (Org.). *Más allá del desarrollo*. Quito: Fundación Rosa Luxemburg; AbyaYala, 2011. p. 83-118.

ALTMAN, P. El Sumak Kawsay en el discurso del movimiento indígena ecuatoriano. *Indiana*, Berlin, v. 30, p. 283-299, 2013. Disponible en: <http://www.iai.spk--berlin.de/fileadmin/dokumentenbibliothek/Indiana/Indiana_30/IND_30_2013_283-299_Altmann.pdf>. Acceso en: 2 abr. 2017

BREILH, J. La Salud en el Neoproductivismo con Gobernanza. In: CONFERENCIA ANUAL ECUADOR, 2014, Quito. *Anuales*... Quito: [S. n.], 2014. p. 1-22.

CANCLINI, N. G. Gramsci e as Culturas Populares na América Latina. In: COUTINHO, C. N.; NOGUEIRA, M. A. (Org.). *Gramsci e a América Latina*. São Paulo: Paz e Terra, 1983. p. 61-83.

CHOQUEHUANCA, D. Hacia la reconstrucción del Vivir Bien. *América Latina en Movimiento,* Quito, n. 452, p. 6-13, feb. 2010.

DÁVALOS, P. *Salud Inc*.: monopolio, ganancia y asimetrías de la información en el aseguramiento privado de la salud en el Ecuador. Quito: PUCE, 2016. Disponible en: <http://saludyderechos.fundaciondonum.org/wp-content/uploads/2016/08/Salud-Inc-Medicina-prepagada.pdf>. Acceso en: 2 abr. 2017.

DOMÍNGUEZ, R.; CARIA, S. La ideología del Buen Vivir: la metamorfosis de una alternativa al desarrollo en desarrollo de toda la vida. *Universidad Andina Simón Bolívar*, Quito, n. 2, p. 1-31, 2014. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3724/1/PRET-002-Dominguez-Car%C3%ADa-La%20ideolog%C3%ADa.pdf >. Acceso en: 2 abr. 2017.

ECHEVERRÍA, B. *¿Qué es la modernidad?* México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2009.

ECUADOR. Diez Años Después: Salud. *El Telégrafo*, Equador, 2017. Disponible en: <http://www.eltelegrafo.com.ec/especiales/2017/Ecuador-antes-y-despues/salud.html>. Acceso en: 7 abr. 2017.

_____. Plan Nacional de Desarrollo. *Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013*. 2. ed. Quito: Secretaría Na−cional de Planificación y Desarrollo, 2009. Disponible en: <http://www.planificacion.gob.ec/wp--content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf>. Acceso en: 7 abr. 2017.

_____. Presidencia República del Ecuador. *Presidente suscribió decreto que reduce sueldos a autoridades nacionales y altos funcionarios del gobierno*. Quito, 24 feb. 2015. Disponible en: <http://www.presidencia.gob.ec/decreto-601/>. Acceso en: 7 abr. 2017.

HOUTART, F. El concepto de Sumak Kawsay (Buen vivir) y su correspondencia con el bien común de la humanidad (Tema Central). *Ecuador Debate*, Quito, n. 84, p. 57-73, 2011.

ITURRALDE, P. *El Negocio Invisible de la Salud*: Análisis de la Acumulación de Capital en el Sistema de Salud del Ecuador. Quito: CDES, 2014.

KING, K. *Perspectiva Económica del Plan Nacional del Buen Vivir 2013- 2017*. marzo 2014. Disponible en: <http://www.katiuskaking.com/2014/03/30/perspectiva-economica-del-plan-nacional-del-buen-vivir-2013-2017/>. Acceso en: 25 jul. 2016. No paginado.

LANG, M.; MOKRANI, D. (Org.). *Más allá del desarrollo*. Quito: Fundación Rosa Luxemburg; AbyaYala, 2011.

MACAS, L. Sumak Kawsay: la vida en plenitud. *América Latina en Movimiento*, Quito, n. 452, p 14-16, feb. 2010.

MALDONADO, L. El Sumak Kawsay como Alternativa al Desarrollo. In: SEMINARIO INTERCULTURALIDAD Y SALUD, 2009, Quito. *Anuales*... Quito: [S. n.], 2009.

MARCIAL, D. Adicción a la ´coca cola´ en el México

indígena. *El País,* México, 6 oct. 2016. Disponible en: <http://internacional.elpais.com/internacional/2016/10/05/mexico/1475622999_083399.html. Acceso en: 7 oct. 2016. No paginado.

MUÑOZ, F.; CARRIÓN, D. Cambio de Matriz Productiva: IlusiónMovilizadora y lucha de posiciones. *Lalineadefuego*, Quito, 6 oct. 2013. Disponible en: <http://lalineadefuego.info/2013/06/10/cambio-de-matriz-productiva-ilusion-movilizadora-y-lucha-de-posiciones-por-francisco-munoz-jaramillo-y-diego-carrion/#_ftnref15>. Acceso en: 25 jul. 2016.

NOBOA, H. *Inequidades en Mortalidad Materna en Ecuador 2015*. Disponible en: <https://www.dropbox.com/s/niw79qvrz1il3si/Inequidades%20en%20mortalidad%20materna%20en%20el%20Ecuador.pdf?dl=0>. Acceso en: 7 oct. 2016.

OSPINA, P. Ecuador: el nuevo período de gobierno y el cambio de la matriz productiva. *Informe de coyuntura*, Quito, p. 1-12, jul. 2013. Disponible en: <https://lalineadefuego.info/2013/07/19/ecuador-el-nuevo-periodo-de-gobierno-y-el-cambio-de-la-matriz-productiva-pablo-ospina-peralta/>. Acceso en: 7 oct. 2016.

RUIZ, A. M. Eco-socialismo: discurso crítico de la Revolución. *Rebelión*, Quito, p. 1-7, enero 2013. Disponible en: <http://www.rebelion.org/docs/163084.pdf>. Acceso en: 7 abr. 2017.

SIMBAÑA, F. El Sumak Kawsay como proyecto político. In: LANG, M.; MOKRANI, D. (Org.). *Más allá del desarrollo*. Quito*:* Fundación Rosa Luxemburg; AbyaYala, p. 83-118, 2011.

VILLAVICENCIO, A. Ecuador: El Cambio de Matriz Productiva o la mayor estafa política de la historia. *Sinpermiso*, [S. l.], sept. 2016. Disponible en: <http://www.sinpermiso.info/textos/ecuador-el-cambio-de-la-matriz-productiva-o-la-mayor-estafa-politica-de-la-historia>. Acceso en: 7 oct. 2016. No paginado.

ZIBECHI, R. América Latina: la Nueva Gobernabilidad. *América Latina en Movimiento Online*, Quito, jun. 2006. Disponible en: <http://www.alainet.org/es/active/11980>. Acceso en: 7 oct. 2016.

Recibido para publicación en abril de 2017
Versión final en junio de 2017
Conflicto de intereses: inexistente
Apoyo financiero: inexistente

Surfando no controle: os lugares que os agentes comunitários ocupam na produção de saúde mental

Surfing on control: the positions that community agents occupy in the production of mental health

Silier Andrade Cardoso Borges[1], Marco José de Oliveira Duarte[2]

RESUMO Este artigo aborda os lugares que os agentes comunitários ocupam na produção de saúde mental, através de conceitos como sociedade de controle, sujeito da experiência e clínica peripatética. Propõe-se uma leitura de orientação cartográfica sobre a interface entre saúde mental e Agentes Comunitários de Saúde. Retomam-se os percursos da Reforma Psiquiátrica com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia Saúde da Família. Finaliza com a discussão sobre os lugares paradoxais ocupados entre o poder sanitário e o universo sociocultural do território nas práticas dos agentes, de modo a problematizar a observação de Lancetti, de que tais profissionais surfam no controle.

PALAVRAS-CHAVE Agentes Comunitários de Saúde. Saúde da família. Saúde mental.

ABSTRACT *This article addresses the positions that community agents occupy in the production of mental health, through concepts such as control societies, subject of the experience and peripatetic clinic. It is proposed a cartographic orientation reading about the interface between mental health and Community Health Agents. The paths of the Psychiatric Reform are restored with the Program of Community Health Agents and the Family Health Strategy. It ends with the discussion about the paradoxical places occupied between the health power and the socio-cultural universe of the territory in the practices of the agents, in order to problematize the observation of Lancetti, that such professionals 'surf on the control'.*

KEYWORDS *Community Health Workers. Family health. Mental health.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Salvador (BA), Brasil.
silier@outlook.com

[2] Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
majodu@gmail.com

DOI: 10.1590/0103-1104201711420

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) possui hoje abrangência nacional e é resultado da expansão do Programa Saúde da Família (PSF). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, define a Atenção Básica (AB) como conjunto de ações de saúde, desenvolvido no âmbito individual e coletivo, e abrange a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. As ações e os serviços da AB são desenvolvidos em território delimitado, sob forma de trabalho em equipe; utilizam tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade; e, em definição, orientam-se pelos princípios da universalidade, integralidade, cuidado, vínculo, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2006).

No que tange aos recursos humanos necessários, a PNAB prevê: a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas unidades como dispositivo de reordenamento da AB, integrando a equipe multiprofissional; o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais; a existência de um enfermeiro para até 30 ACS; a definição de microáreas sob a responsabilidade de cada ACS, atendendo até 750 pessoas; e a regulamentação do exercício da profissão pela Lei nº 10.507/2002 (BRASIL, 2006).

Os ACS são atores centrais na identificação, no acolhimento e na orientação das pessoas em situação de sofrimento mental, considerando as que residem na comunidade. O Ministério da Saúde (MS) aponta que a proximidade entre a ESF e a comunidade, mediada pelos ACS, facilita a identificação de pessoas em sofrimento e, portanto (e em tese), o desenvolvimento precoce de ações de cuidado à saúde mental.

Dentre as atribuições do ACS, estabelecidas pela PNAB, destacam-se o desenvolvimento de ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a comunidade, acompanhando indivíduos e grupos sociais; e a necessidade de estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças. Nunes *et al.* (2002) identificam a condição contraditória e bidirecional implicada na construção identitária desses profissionais de saúde, entre o sistema médico oficial e as necessidades sociais sentidas e vivenciadas pelas famílias (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, o presente artigo dedica-se à tentativa de reconstrução, por meio de ensaio teórico, de algumas questões que surgem no entorno das ações em saúde mental desenvolvidas pelos ACS, e discuti-las através de algumas ferramentas conceituais, como 'sociedade de controle', 'biopolítica', 'trabalho', 'sujeito da experiência' e 'clínica peripatética', propostas por uma leitura de orientação cartográfica das práticas discursivas na produção de conhecimento científico sobre a interface saúde mental e ACS.

Compreende-se que a prática da investigação cartográfica diz respeito, fundamentalmente, às estratégias das formações de desejo no campo social, isto é, atenta-se às estratégias do desejo em qualquer fenômeno da existência humana a que se propõe investigar. Pouco importam as referências teóricas do cartógrafo, mas sim a compreensão de que teoria é cartografia, tecida conforme as paisagens que o cartógrafo acompanha (ROLNIK, 2011).

Inicialmente, o presente artigo retomará algumas das contribuições da Reforma Psiquiátrica brasileira, para a inclusão da saúde mental na ESF, bem como sua relação histórica com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e demais iniciativas pioneiras, sem a pretensão de esgotar este extenso tema. E será finalizado com a abertura de novos questionamentos, por meio da discussão sobre sofrimento, trabalho e os lugares paradoxais ocupados pelos agentes comunitários na produção da saúde mental, de modo a problematizar a observação de Lancetti (2014), de que os ACS 'surfam no controle'.

Trajetórias e interfaces da Reforma Psiquiátrica com a Estratégia Saúde da Família

Desde a Oficina de Trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusões das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, em março de 2001, que contou com a participação do Departamento de Atenção Básica e da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde, com base nas experiências de alguns municípios, que se discute a implementação de ações de saúde mental na AB.

Importante guia para a orientação de ações de saúde mental na AB é o 'Caderno de Atenção Básica em Saúde Mental'. Neste manual, o MS, através dos autores e de suas trajetórias profissionais e de militância, reitera que a saúde mental não está dissociada das condições gerais de saúde, cabendo à AB o desafio de acolher, intervir e exercer o cuidado em saúde mental. Não se trataria, contudo, da descrição sumária de novas técnicas, mas de amplo texto, que situa a ética do cuidado como dispositivo que dispara processos de subjetivação dos usuários e suas famílias. Neste aspecto, a 'Casa dos 20' é um estudo de caso exemplar, apresentado na referida publicação, que instiga as Equipes de Saúde da Família (EqSF) na elaboração de projetos terapêuticos singulares, fomentando agenciamentos sensíveis e possíveis diante de situações concretas de vulnerabilidade (BRASIL, 2013).

De todo modo, deve-se lembrar que tal publicação é fato recente, antecedido pela larga trajetória de disputas diversas no interior do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e de seus desdobramentos extensivos aos campos normativo (instituição das políticas de saúde mental) e social (das formas de representar e de lidar com o louco, com suas dinâmicas internas e seu entorno familiar e sociocomunitário, bem como com o (re)conhecimento dos seus direitos de cidadania).

Hirdes (2009) aponta que a superação do modelo manicomial e as bases para o trabalho desenvolvido em território encontram ressonâncias no processo de formulação e implementação das políticas de saúde no Brasil, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 da I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987; da II CNSM, em 1992; da III CNSM, em 2001; e, acrescente-se, também, a IV CNSM, em 2010. A autora localiza na Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990, elemento relevante para mudanças nas políticas implementadas no âmbito do MS, considerando que, na ocasião, o Brasil foi signatário da Declaração de Caracas.

Contudo, Amarante (1998) identifica, desde o final da década de 1970, o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), responsável por dar início ao processo da Reforma Psiquiátrica brasileira e originado, em parte, pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e pelo Movimento de Renovação Médica (Reme). O MTSM foi responsável por denunciar os crimes de tortura, as fraudes e a negligência no modelo asilar durante o regime militar. É notório que foram alguns membros do MTSM, integrados aos postos de administração municipal e estadual, que criaram as condições necessárias para a organização das CNSM (AMARANTE, 1998).

Deve-se salientar, de todo modo, que não há consenso sobre o tempo e os atores responsáveis por desencadear o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Como derivação de ampla mobilização de trabalhadores, usuários e familiares organizados em movimentos sociais ao longo da década de 1970, obtiveram-se as experiências exitosas alternativas ao claustro hegemônico e à lógica privatista. Dentre essas alternativas de cuidado à saúde mental, destacaram-se o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Luiz Cerqueira, em 1987, na cidade de São Paulo (SP); a intervenção na Casa de Saúde Anchieta; e a invenção dos Núcleos

de Atenção Psicossocial (Naps), na cidade de Santos (SP), experiências produtoras de trocas intersubjetivas, que estabeleceram novos modos de cuidar em território por meio da substituição do modelo asilar, fomentando a posterior elaboração e implementação normativa da política brasileira de saúde mental, porém, sempre atravessados por descontinuidades nas políticas executadas.

Nesse sentido, é possível observar o papel ativo dos trabalhadores em saúde, dos militantes e de usuários e seus familiares, bem como das experiências pioneiras nacionais (como as equipes volantes de saúde mental implementadas no Programa de Saúde Mental do Projeto Qualis/PSF, articulando-se ao trabalho dos agentes comunitários e das EqSF) na construção da política de saúde mental (LANCETTI, 2013, 2014). No âmbito internacional, múltiplos vetores e experimentações também compuseram os princípios que guiam a Reforma Psiquiátrica brasileira: da Inglaterra, a comunidade terapêutica e a antipsiquiatria; da França, a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor; e da Itália, a psiquiatria democrática.

Pitta (2016) aponta como princípio da Reforma Psiquiátrica a reabilitação psicossocial, compreendida como ética da solidariedade, que objetiva o aumento da contratualidade afetiva de sujeitos com limitações em seus afazeres cotidianos, ampliando a autonomia da vida em comunidade por meio de práticas intersetoriais de saúde, previdência, cultura, lazer, escola, moradia e trabalho. Como observado pela autora, não há uniformidade na definição da reabilitação psicossocial, sendo tantas as definições quanto as práticas existentes.

No entanto, há autores (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006) que indicam possíveis limites desse conceito, pois, em tese, essa noção permaneceria na discussão sobre o resgate de uma consciência cidadã de sujeitos desprovidos de poder de contratualidade, enquanto o conceito de desinstitucionalização implicaria na desconstrução das relações de exclusão e de dominação constitutivos da sociedade capitalista. De todo modo, a despeito das eventuais divergências teóricas, e considerando a multiplicidade de referenciais que nortearam a Reforma Psiquiátrica brasileira, não parece plausível sustentar a dissociação da desinstitucionalização ao conceito de reabilitação psicossocial.

Segundo Nunes, Jucá e Valentim (2007), a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu, nas décadas de 1970 e 1980, a necessidade de retirar a exclusividade da saúde mental das mãos dos especialistas, preconizando a descentralização da atenção, a articulação dos serviços, a formação de cuidadores não especializados e o cuidado na comunidade. Tais ideias foram incorporadas pela militância da Reforma Psiquiátrica, nascida no contexto da Reforma Sanitária.

Cabe destacar os impasses experimentados no processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. De acordo com Hirdes (2009), falta homogeneidade no processo das reformas, e as práticas são executadas segundo os referenciais de cada técnico em saúde mental. Contudo, deve-se questionar até que ponto é desejável a homogeneidade, considerando, como mencionou a autora, que as práticas e seus princípios são orientados pelos contextos específicos de onde ocorrem.

Inspirado em experiências de prevenção e educação em saúde desenvolvidas em comunidades, o Pacs teve iniciada a sua implementação em 1991, sendo regulamentado em 1997, acompanhando a descentralização de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e a mudança de paradigma do indivíduo à família. Para reorientar o modelo de atenção, o MS iniciou a implantação do PSF em 1993, formando as primeiras EqSF em 1994, mesclando o Pacs com a Saúde da Família.

No entanto, nessa fase inicial, se evidenciou como a saúde mental foi incorporada meramente como discussão secundária, negligenciada diante de demandas outras, tidas como mais relevantes, a exemplo da hipertensão, das diabetes e das endemias, bem

como das ações de saúde bucal, saúde nutricional, assistência ao pré-natal e à saúde da criança e da mulher.

Portanto, permanecem como dificuldades para a implementação das ações de saúde mental na ESF a insuficiência da retaguarda dos serviços especializados em saúde mental, a falta de diálogo entre os serviços de saúde e a rede intersetorial, bem como a necessidade de uma rede de cuidados articulada, que compreenda o território como espaço de exercício de cidadania e contratualidade.

Consiste em estratégia potente a lógica do apoio matricial nas ações de saúde mental, onde a responsabilização compartilhada entre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e a EqSF possibilita o acolhimento das demandas pela equipe de referência e pelos recursos sociocomunitários, evitando, assim, a medicalização do sofrimento e a institucionalização da loucura.

Logo, cabe mencionar que não apenas serviços como os Caps são relevantes para o acompanhamento de pessoas em sofrimento mental, mas também a ESF, que, ao lado dos demais dispositivos que compõem a rede, pode desenvolver o trabalho em saúde mental na comunidade de maneira articulada, garantindo a integralidade da atenção.

Deve-se salientar a persistência de outros impasses inerentes à AB no Brasil, a exemplo da preservação do modelo de assistência centrada na figura do médico e orientada para a doença e não para o doente. Como estratégia possível de superação das dificuldades da inserção das ações de saúde mental na AB, Hirdes (2009) identifica como caminho possível a apropriação de conceitos, tais como a clínica ampliada, o trabalho em rede e a qualificação das equipes multiprofissionais, contribuindo para a reorientação do modelo assistencial e do olhar para as práticas em curso.

Observa-se que há abundância de produção científica sobre o papel, os sentidos e as ações exercidas pela ESF no escopo da saúde mental. No entanto, enquanto alguns autores se restringem a descrever e discutir as ações executadas por técnicos de nível superior, permanecem escassas as produções que se debruçam sobre tais práticas desempenhadas pelos ACS. Cabe questionar como sintomática essa lacuna na produção científica, considerando-se o não lugar que é destinado aos agentes comunitários nas equipes de saúde.

Os 'não lugares' permitem grande circulação de pessoas, coisas e imagens em um único espaço, mas também transformam o mundo em um espetáculo imagético, do qual ninguém faz verdadeiramente parte, fazendo de todos meros espectadores (SÁ, 2014). Segundo Augé (*APUD* SÁ, 2014), esses 'não lugares' tratam-se dos espaços que aceleram o tempo e instituem relações de solidão e de anonimato, ao mesmo tempo em que se constituem como espaços de circulação. Não são espaços determinados empiricamente, mas pela construção do olhar, de modo que o não lugar de uns (usuários, em uma sala de espera) seja o lugar de outros (funcionários da recepção).

Surfando no controle: os lugares que os agentes comunitários ocupam na produção de saúde mental

Para Lancetti (2014), a clínica peripatética se faz em trânsito, em ambiente desprotegido; sai do consultório e se sustenta na surpresa que é escutar e reunir a família. Trata-se, contudo, de uma relação de força ambígua por natureza: por um lado, o pertencimento à organização médica e, por outro, a força afetiva produzida pelo encontro, possibilitando a emergência da subjetividade. Trata-se de um trabalho experiencial, que se define pelo paradoxo do poder sanitário, médico e policialesco, e, simultaneamente, pela potência de afetar e ser afetado.

Assim, o exercício de uma clínica antimanicomial considera as peculiaridades do sofrimento psíquico sem recair em efeitos de

quadriculamento e serialização do sujeito tido como desviante, mas com a finalidade de promover novas formas de existir no mundo, em espaços coletivos abertos à alteridade (BORGES, 2015).

Nesse sentido, considerando que os ACS são, ao mesmo tempo, integrantes da comunidade e do serviço sanitário, na fronteira da biopolítica do Estado, e agentes de produção de subjetividade, de experiência, de trabalho vivo e de cidadania, Lancetti (2014) afirma que 'eles surfam no controle'. Esta clínica, prenhe de paradoxos, exige, para melhor compreendê-la, prévia apresentação sobre as ferramentas conceituais biopolítica, trabalho vivo e sociedade de controle.

Biopolítica consiste em uma tecnologia de poder observada por Foucault (1999), que se instaura na metade do séc. XVIII, na Europa. Enquanto o poder disciplinar avança sobre o indivíduo, a biopolítica se dirige às populações, i. e., à sua multiplicidade viva. Não é mais um poder individualizante, que se coloca aos indivíduos a serem vigiados e treinados, mas à gestão de processos vitais, como nascimento, morte e doença, tornados tanto objetos de saber, pela epidemiologia, quanto pela intervenção, por meio da proliferação de instituições de assistência, dos mecanismos de previdência e seguro-saúde, e pela medicalização do mundo social.

O trabalho vivo é

> trabalho em ato e em criação, de controle do próprio trabalhador, [...] oferece altos graus de liberdade na execução de sua atividade produtiva, pois se realiza enquanto o produto é realizado. (FRANCO; MERHY, 2012, P. 154).

O trabalho em saúde é imaterial e centra-se no trabalho vivo e em seu potencial de autogestão. Contudo, ao trabalho podem-se suceder processos de captura, através da incorporação, pelo profissional de saúde, de práticas hegemônicas biomédicas, prescritivas e tecnoassistenciais, no processo produtivo, em substituição ao fazer afetivo e relacional do trabalho vivo (FRANCO; MERHY, 2012).

A sociedade de controle, fundante no projeto de modernidade, se efetiva na crise dos espaços tradicionais e disciplinares de confinamento (escolas, conventos, manicômios, prisões, família, fábrica). Para Deleuze (1992), o atendimento a domicílio pode marcar, de início, novas liberdades, mas também passa a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros dos confinamentos. Se os confinamentos são moldes, os controles são modulações, e o controle contínuo substitui o exame. No âmbito da saúde, trata-se de uma medicina sem doentes e sem médico, sujeitos ao risco do adoecimento. Perspectiva semelhante foi apontada por Guattari e Rolnik (2011), em outra ocasião, quando abordaram os efeitos da capilarização dos serviços de saúde no território como resultado de uma estratégia micropolítica de controle sanitário. A discussão da sociedade de controle colocava a Deleuze a necessidade de abordar tais fenômenos como fluxos e processos (sobretudo, naquilo que Guattari chamava de processos de reapropriação de territórios subjetivos por uma produção de subjetividade industrial), de modo que o filósofo, deslocando as palavras para novos sentidos, afirmou que "por toda a parte, o surf já substituiu os antigos esportes" (DELEUZE, 1992, P. 223).

A contradição inerente ao trabalho do ACS, porta voz da comunidade e também o responsável pela divulgação da informação biomédica no território, fazendo parte da população ao mesmo tempo em que trabalha com ela, produz efeitos na organização do trabalho da equipe de saúde e na subjetividade desses agentes. É geralmente ao ACS que a população busca, em primeiro lugar, para realizar uma reclamação, solicitar uma informação ou buscar solução para problemas que exigem respostas. De outro lado, a EqSF espera do ACS aceitação pela comunidade local, facilidade de comunicação, integração à equipe e incorporação dos seus valores, capacidade de planejamento e execução de

ações, identificação precoce de doenças de notificação compulsória, acompanhamento de grupos de risco, cobertura da área de abrangência etc. As expectativas de diferentes naturezas depositadas, quando não atendidas, podem se desdobrar em situações de sofrimento no trabalho (MARTINES; CHAVES, 2007). Por esta razão, considerando-se que o trabalho do agente pode envolver desgaste afetivo, não é raro que eles prefiram não realizar ações de cuidado à saúde mental no território em que atuam.

Dejours (2004) aponta que o trabalho não se reduz à relação empregatícia, mas implica tudo aquilo que envolve o ato de trabalhar: gesto, engajamento do corpo, saber-fazer, interpretar, sentir, reagir, inventar etc. Portanto, o trabalho é corporificado, experiência que só se exerce no mundo. Diante da impossibilidade de exercício do trabalho, caso as prescrições e regras sejam seguidas à risca, e tendo-se em vista que o trabalho sempre comporta algo de inusitado e de imprevisto (panes, incidentes, inesperados nas relações com chefes, equipe, pacientes, subordinados, ferramentas, hierarquia etc.), o sofrimento se produz diante do distanciamento entre o trabalho prescrito, delimitado pelas regras e normas organizacionais, e o trabalho real que as situações interpõem. Se trabalhar é prescrever a lacuna entre o prescrito e o real, exige-se do trabalhador, a cada instante, a invenção diante da resistência do real, produzindo sentimentos de impotência e de fracasso.

Pelas razões explanadas, o trabalho nunca é neutro e é sempre afetivo. Martines e Chaves (2007) relatam sobre o sofrimento apresentado pelos ACS como resultado da desproporção entre o perfil esperado pela equipe e o perfil real do agente, e pelos esforços realizados para superar essa lacuna, tanto pelo agente quanto pela equipe e pela comunidade, expondo-o ao sofrimento no trabalho. Esta lacuna entre o real e o prescrito é identificada, no estudo de Rosa, Bonfanti e Carvalho (2012), pela perda da especificidade da profissão e pelo desvirtuamento de suas atribuições, ao lado das condições de insalubridade, das dificuldades na relação com a equipe e do intenso envolvimento emocional na relação com os usuários. Lopes *et al.* (2012), em seu estudo, reconhece semelhantes condições de sofrimento às quais esses profissionais estão expostos, dentre as quais se destacam o envolvimento com os problemas de ordem social da própria comunidade na qual residem e atuam, bem como o medo decorrente da exposição à violência. O trabalho do ACS é afetivo porque intervém, em ambiente aberto, desprotegido e a cada instante, no território existencial das pessoas (LANCETTI, 2010).

Esses aspectos, produtores do mal-estar sentido pelos ACS, são definidos da seguinte maneira:

> É o ACS que entra em contato mais cruamente com as diversas formas de sofrimento da população. Seu papel ultrapassa, portanto, as atribuições que lhe competem, afinal a vida no bairro, em suas diversas expressões, continua depois do expediente, nos feriados e nos fins de semana. Assim, há que se considerar que, geralmente, a atuação do ACS está permeada de considerável envolvimento pessoal e interpessoal, o que pode trazer conflitos e desgaste emocional. (ROSA; BONFANTI; CARVALHO, 2012, P. 148-149)

Vivem-se tempos de destruição da experiência, seja pelo trabalho, seja pela falta de tempo ou pela popularização da opinião na era da fugacidade da informação. O sujeito moderno é o sujeito informado, que trabalha e opina, definido pelos seus artefatos técnicos e pela abundância de conhecimento objetivo. Diferentemente, o sujeito da experiência é um território de passagem onde se produzem efeitos sobre uma superfície sensível e encarnada, compreendido pela sua abertura, atenção ou receptividade. A experiência seria "o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, quase nada nos acontece" (BONDÍA, 2002, P. 21).

O trabalho na ESF convoca os técnicos a um fazer de complexidade invertida, posto que o trabalho hospitalar é menos complexo do que a práxis desenvolvida no território geográfico e existencial. Para Lancetti (2010), quanto mais se opera em território, mais complexos são os procedimentos, como acontece, por exemplo, em uma situação de negociação de sentidos entre equipe e usuário, sobre o sofrer. No caso da internação hospitalar, a simplificação da intervenção resulta em consequências nada simples: a atuação como bombeiro, que reproduz anacronismos e dependência institucional. É complexo porque, na feitura do Projeto Terapêutico Singular, há algo de singular, experiencial e coletivo. Também por conta da complexidade de suportar a crise sem recorrer ao manicômio e ao cárcere, mas ao saber da experiência que ativa recursos escondidos na própria comunidade. Bondía (2002, p. 26) afirma que:

> Definir o sujeito da experiência como sujeito passional não significa pensá-lo como incapaz de conhecimento, de compromisso ou ação. A experiência funda também uma ordem epistemológica e uma ordem ética. O sujeito passional tem também sua própria força, e essa força se expressa produtivamente em forma de saber e em forma de práxis. O que ocorre é que se trata de um saber distinto do saber científico e do saber da informação, e de uma práxis distinta daquela da técnica e do trabalho.

No território, mundos são fabricados na interlocução dos técnicos com os usuários dos serviços e seus universos culturais, não necessariamente 'adscritos' pelos programas e portarias. Aqui, território é compreendido como espaço de produção de vida e sentido produzido por pessoas em movimento, e em relação contratual, umas com as outras (LANCETTI, 2014).

Essa ambiguidade de papéis que se vem discutindo é experimentada pelos ACS por meio do lugar de 'tradutores' que assumem, de forma a transmitir conhecimentos e práticas biomédicas à comunidade, ressignificados pela mediação de um agente proveniente das camadas populares. Os ACS não apenas 'traduzem', mas efetuam conhecimentos híbridos de ordem técnico-científica, que se mesclam com o universo social, cultural e linguístico. Não é à toa que a PNAB preconiza que os agentes, em geral, trabalhem no território em que residem, porque as práticas sanitárias são maximizadas em eficácia pelo compartilhamento desse universo em comum por esse agente de mediação. Isto é, parte-se da premissa que o ACS possui a indispensável compreensão sobre as questões das necessidades e dos conflitos, por conta de sua pertença à comunidade.

Contudo, ressalta-se que não são escassos os relatos de atuações onde a complexidade das demandas em saúde suscitadas pela ação educativa foi apartada das histórias, das narrativas e dos saberes dos usuários dos serviços, resultando em fazeres e em discursos normatizadores, que objetivam a 'adesão aos estilos de vida e hábitos saudáveis', definidores de bons ou maus comportamentos (NUNES *ET AL.*, 2002). Tratar-se-iam de práticas de controle que produzem verdades sobre os corpos e que suscitam a obediência de usuários sob a égide do discurso de 'promoção da saúde'.

A insuficiência dos serviços substitutivos, reduzidos aos horários administrativos, alheios às paisagens e às dinâmicas vitais da comunidade, ao mesmo tempo em que resultam em serviços não substitutivos, não raro se distancia das modulações de uma clínica peripatética, adequando-se aos interesses privatistas e à lógica do mercado da loucura, que reterritorializa esses vazios assistenciais por meio de instituições privadas, caritativas ou religiosas. Enquanto isso, a Reforma Psiquiátrica é reduzida a discussões sectárias, burocráticas ou demasiadamente reformistas, distanciando-se do seu potencial revolucionário (LANCETTI, 2004).

A radicalidade da Reforma Psiquiátrica

não residiria na 'humanização dos serviços de saúde mental', pois há de se desconfiar das pretensões doutrinárias que podem se ocultar por trás desse conceito a serviço do biopoder: não se trataria de tornar bom e afável o manicômio, garantindo a sua continuidade perversa, mas de destruí-lo ou implodi-lo, para além de seus espaços físicos e de seus muros ideológicos. As práticas de saúde impõem, de fato, a todos os profissionais, e, de certo modo, colocam não apenas aos agentes comunitários, o paradoxo do trabalho da humanização como domesticação das pessoas e como afirmação da potência de vida na escuta e no alívio do sofrimento humano (LANCETTI, 2009).

É nesse contexto que a ESF emerge, como caminho concreto para a construção do SUS, nos dizeres de David Capistrano. E é nas trilhas deste caminho concreto, onde se efetiva o SUS, que surge o agente comunitário, não como frágil substituto dos serviços especializados e dos ambulatórios precarizados ou insuficientes, mas a partir do reconhecimento de que a reabilitação psicossocial é mais eficaz quando operada na AB, feita no território onde as pessoas vivem (LANCETTI, 2004). Não se trataria de outorgar ao ACS a responsabilidade por todos os cuidados em saúde mental, mas de reorientar a organização dos serviços de saúde, de modo que médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos, recepcionistas, vigilantes, pessoal da limpeza, sejam todos, enfim, corresponsáveis pela produção de saúde mental.

Conclusões

O trabalho do ACS é permeado pela ambiguidade de papéis, pela necessidade de gerir o inusitado e de fazer engajar o corpo na construção de experiências afetivas como requisito da resolutividade de sua atuação. O seu fazer oscila entre a aridez das condições materiais de produção de saúde, as exigências institucionais e as expectativas comunitárias, convivendo com a inadequação entre a insalubridade do trabalho e o mal-estar que a tarefa cotidiana lhe impõe.

Simultaneamente, integrante do serviço sanitário, sujeito da informação e membro da comunidade, é quem compartilha o universo sociocultural do território, suas diferentes racionalidades e seus múltiplos modos de significar o processo saúde-doença, podendo tecer lugares de cuidado no espaço entre serviço e comunidade.

Não raro, por essas razões, o agente comunitário é também aquele que adoece, no interstício do trabalho prescrito e do trabalho real. Trata de realizar um trabalho marcado por contextos que também se definem por vazios assistenciais e pelo enfraquecimento dos serviços públicos na garantia de necessidades fundamentais, cada vez mais preenchidas por instituições privadas, religiosas, caritativas ou asilares. O exercício do ACS é entremeado de vínculos de trabalho fragilizados, por contextos de atuação insalubres e pelo desgaste afetivo resultante de relações de poder entre os agentes comunitários e os demais integrantes da EqSF, que nem sempre os reconhecem como profissionais imbuídos de tecnologia potente e produtora de saúde mental comunitária, reproduzindo relações verticalizadas e os destituindo do saber da experiência.

A potência do trabalho dos ACS não se localiza em seu papel formal de 'tradutores' do discurso técnico-científico à população passiva e receptora das práticas sanitárias, como preconizado no modelo de atenção campanhista, mas sim na produção de conhecimentos híbridos entre o científico e o sociocultural, ampliando a produção de vida e saúde por meio da interlocução de atores no território onde vivem as pessoas e as suas diferentes necessidades, individuais e coletivas.

O ACS, trabalhador afetivo e efetivo, que transita nas regiões de grande tensão das cidades e, enquanto tal, se insere no território existencial das comunidades e das famílias, é forjado enquanto sujeito pela e na experiência de sua prática, ao mesmo

tempo clínica e política. Seriam 'os loucos e os drogados', como são assim entendidas as pessoas acompanhadas em seus diferentes modos de existir, o sujeito-objeto do medo social fundamental, que contribui para a manutenção do funcionamento do capitalismo, por meio da indissociável relação entre exclusão e inclusão. Este trabalho vivo do agente comunitário se faz por meio dessa clínica peripatética, que escuta e corporifica narrativas repletas de modulações, desafios, implicações, surpresas e transitoriedades.

Não havendo soluções prontas ou fórmulas mágicas para as inumeráveis demandas que o território impõe, compete ao agente comunitário, a cada surpresa que é o encontro, na sua práxis peripatética imbuída de trabalho vivo, desempenhado em rede junto à equipe de saúde da família, garantir acesso ao direito à saúde por meio da produção de modos singulares de cuidado nas realidades concretas do usuário dependente de drogas, da pessoa em situação de rua sem acesso a documento e abrigamento, do idoso vítima de negligência, do louco em cárcere privado, da senhora em situação de violência doméstica, daqueles que se encontram com seus vínculos familiares fragilizados ou rompidos.

No campo da saúde mental, seu trabalho afetivo, de um lado, transita entre a macropolítica da PNAB, da Lei Federal da Reforma Psiquiátrica, da Rede de Atenção Psicossocial e de tantos outros marcos jurídico-legais, exigindo-lhe a assunção do papel de agente promotor do direito a uma existência digna, e de outro, enquanto agente produtor de vida na prática micropolítica do possível naquilo que o serviço de saúde e o território sociocomunitário lhe oferece como arsenal e como caixa de ferramentas.

O ACS surfa no controle porque, a todo tempo, para produzir saúde, se equilibra no jogo incerto entre o saber da experiência e o saber biomédico, em tempos de uma sociedade de controle.

Colaboradores

Ambos os autores participaram da concepção do artigo, contribuindo para a revisão crítica de seu conteúdo, e participaram da aprovação da versão final do artigo.

Agradecimentos

À Professora Drª Ana Maria Fernandes Pitta, pelas suas valiosas contribuições ao processo de aprendizagem necessário à redação deste manuscrito. ■

Referências

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, dez. 2006.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida:* a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, p. 21-28, n. 19, 2002.

BORGES, S. A. C. Territórios existenciais ético-estéticos em saúde coletiva. *Fractal, Rev. Psicol.*, Niterói, v. 27, n. 2, p. 107-113, ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. *Prod.*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, dez. 2004.

DELEUZE, G. *Conversações.* São Paulo: Ed. 34, 1992.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade:* curso no Còllege de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 6, n. 2, p. 151-63, 2012.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica:* cartografias do desejo. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, fev. 2009.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

_____. A formação como combate. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). *Caderno Saúde Mental 3*: saúde mental: os desafios da formação. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010.

_____. Notas sobre clínica e política. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 67-69, 2004.

_____. Notas sobre humanização e biopoder. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 797-799, 2009.

_____. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, A. (Org.). *Saúde Loucura 7*: saúde mental e saúde da família. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

LOPES, D. M. Q. *et al*. Agentes comunitários de saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. R*ev. Esc. Enferm. USP,* São Paulo, v. 46, n. 3, p. 633-640, jun. 2012.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. R*ev. Esc. Enferm. USP,* São Paulo, v. 41, n. 3, p. 426-433, set. 2007.

NUNES, M.; JUCA, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. C*ad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007.

NUNES, M. O. e*t al*. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, dez. 2002.

PITTA, A. M. F. R*eabilitação psicossocial no Brasil*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

ROLNIK, S. C*artografia sentimental:* transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: UFRGS, 2011.

ROSA, A. J.; BONFANTI, A. L.; CARVALHO, C. S. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. S*aúde e Sociedade,* São Paulo, v. 21, n. 1, p. 141-152, mar. 2012.

SÁ, T. Lugares e não lugares em Marc Augé. T*empo Soc*., São Paulo, v. 26, n. 2, p. 209-229, dez. 2014.

Recebido para publicação em outubro de 2016
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura

Food and nutrition education strategies in Primary Health Care: a literature review

Camila de Jesus França[1], Vivian Carla Honorato dos Santos de Carvalho[2]

RESUMO O presente trabalho objetivou revisar de forma sistemática a produção científica sobre intervenções de educação alimentar e nutricional com indivíduos adultos no campo da Atenção Primária à Saúde no Brasil, no período de 2006 a 2016. Foram selecionados 11 artigos que responderam aos critérios de elegibilidade. Observou-se uma descrição breve das bases teórico-metodológicas, limitando a reprodução das intervenções. As práticas educativas desenvolvidas possuem pouco enfoque na promoção da saúde e uma forte tendência metodológica clássica, sendo necessários estudos qualitativos, com a percepção da autonomia, e que ampliem o uso de metodologias ativas nos processos de intervenção.

PALAVRAS-CHAVE Educação alimentar e nutricional. Atenção Primária à Saúde. Serviços de saúde.

ABSTRACT *This study aimed to systematically review the scientific production on interventions of food and nutritional education with adults individuals in the area of Primary Health Care in Brazil, in the period from 2006 to 2016.11 articles were selected which responded to the egibility criteria. A brief description of the theoretical-methodological bases was observed, limiting the production of interventions. The educational practices developed have little focus on health promotion and strong classical methodological tendency. It is necessary to perform qualitative studies with perception of autonomy and that will increase the use of active methodologies in the intervention processes.*

KEYWORDS *Food and nutrition education. Primary Health Care. Health service.*

[1] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) – Vitória da Conquista (BA), Brasil. *mylah12@yahoo.com.br*

[2] Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) – Vitória da Conquista (BA), Brasil. *vihonorato@hotmail.com*

DOI: 10.1590/0103-1104201711421

Introdução

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) se conceitua como um objeto de ação multiprofissional, intersetorial e transdisciplinar, em que o conhecimento e o aprendizado, contínuo e permanente, propõem-se a desenvolver a autonomia e a voluntariedade ante os hábitos alimentares saudáveis, fazendo o uso de recursos e abordagens educacionais ativas e problematizadoras (BRASIL, 2012B). Dessa forma, a EAN protagoniza importante eixo na promoção de hábitos alimentares saudáveis, sendo uma estratégia indispensável dentro das políticas públicas em alimentação e nutrição (BOOG, 2013).

A educação nutricional vem sofrendo importantes modificações no decorrer do tempo. Percebe-se que, na década de 1940, as estratégias se baseavam em ensinar a alimentação dita como correta, com um olhar puramente biológico, sendo prevalente o binômio alimentação-educação. A partir da década de 1970, ocorre um redirecionamento das políticas de alimentação e nutrição, em que a renda é considerada a principal dificuldade em se obter uma alimentação saudável, e não mais a educação. Além disso, a educação nutricional passa a ser vista como uma prática não ética e desnecessária, com poucos estudos sendo desenvolvidos, ficando por duas décadas praticamente ausente entre os programas de saúde pública (BOOG, 1997; GREENWOOD; FONSECA, 2016). A partir de 1990, surgem então pesquisas relacionadas com a saúde que apontavam a influência dos hábitos alimentares como causas para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, sendo surpreendidos com obesidade como um grande problema de saúde pública, posicionando a EAN como uma medida imprescindível perante a proteção e a construção de hábitos saudáveis no enfrentamento dos problemas alimentares e nutricionais do contexto atual (BRASIL, 2012A).

Nota-se, a partir de então, como a EAN se torna pertinente no que tange às políticas públicas de alimentação e nutrição devido à necessidade de ampliar a discussão sobre as possibilidades, limites e o modo como a EAN é realizada, resultando em ações governamentais, especialmente as desenvolvidas pelos Ministérios do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome, levando à construção do Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas, que reflete uma importante etapa de valorização dessas ações (GREENWOOD; FONSECA, 2016).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como uma estratégia essencial no combate à disparidade da assistência à saúde no Brasil, representando o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. No País, o termo APS é considerado equivalente ao termo Atenção Básica (AB), sendo os termos utilizados nas políticas e literatura nacional. O desenvolvimento das ações na APS parte de técnicas educativas que possam intervir no processo de saúde-doença da população. Nesse sentido, a alimentação e a nutrição fazem parte das condições básicas para a promoção e proteção à saúde, sendo que as estratégias de EAN representam papel fundamental no contexto da AB e, em especial, na Estratégia Saúde da Família (ESF), que surge para reorganizar a rede de atenção a fim de aproximar o trabalho educativo na comunidade, ampliando o seu campo de intervenções (ALENCAR *ET AL.*, 2016; BRASIL, 2012A; JAIME *ET AL.*, 2011; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Segundo Pimentel *et al.* (2011), a maior demanda de atendimentos na ESF é representada pela população adulta. Isso pode estar relacionado com a alta frequência de doenças crônicas não transmissíveis que acometem essa faixa etária, além das mudanças demográficas que vêm ocorrendo no Brasil com a diminuição da fecundidade e da mortalidade infantil e com o aumento da expectativa de vida. Além

disso, ressalta-se a importância de compreender as intervenções aplicadas na população adulta nos serviços de saúde da atenção primária e como tal fato é relevante para a promoção da saúde desse grupo específico.

Mesmo diante dos avanços e acúmulos de conhecimento sobre EAN e sua crescente valorização, sobretudo nas políticas públicas em alimentação e nutrição, seu âmbito de atuação não está distintamente definido, dispondo de diferentes entendimentos quanto a sua abordagem prática e conceitual, bem como um consenso das dificuldades de desenvolver intervenções em decorrência da baixa existência de referenciais teóricos, metodológicos e operacionais, havendo escassas referências quanto aos elementos que presidem sua prática (SANTOS, 2012).

Diante do exposto, evidencia-se a importância de estudos que favoreçam a promoção de práticas no âmbito da EAN verdadeiramente efetivas. Desse modo, o presente estudo teve como objetivo revisar de forma sistematizada a produção científica brasileira sobre intervenções de EAN com indivíduos adultos no campo da APS no Brasil, no período de 2006 a 2016.

Metodologia

Esse estudo foi desenvolvido segundo critérios de revisão sistemática, em que inicialmente produziu-se um protocolo para conduzir a revisão. De acordo com esse protocolo, foram selecionados todos os estudos cujos títulos ou resumos mencionassem a apresentação de dados originais sobre EAN e práticas de intervenção em adultos atendidos na APS no Brasil.

Para nortear a pesquisa, foi definida como questão de pesquisa: Que intervenções estão sendo utilizadas como instrumento para EAN com usuários adultos de serviços de saúde na atenção primária no Brasil?

Estratégias de busca

Utilizou-se como metodologia a busca bibliográfica de artigos nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde e no Periódico Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), a fim de reconhecer artigos científicos publicados entre os anos de 2006 e 2016. A busca teve como descritores os termos 'educação alimentar e nutricional' *AND* 'centros de saúde', *AND* 'estratégia saúde da família', *AND* 'atenção primária à saúde' *AND* 'serviços de saúde', bem como seus correspondentes em inglês, *'food and nutrition education' AND 'health centers', AND 'family health strategy' AND 'primary health care', AND 'health services'*. Os artigos foram pré-selecionados pelos títulos em que deveriam conter referência à EAN e/ou intervenção nutricional na atenção primária seguido da leitura dos resumos de livre acesso.

Foi definida APS como descritor, visto esse ter um reconhecimento internacional e ser sinônimo do descritor 'atenção básica'.

Critérios de elegibilidade

Todo o material obtido pelo sistema de busca referido foi submetido aos seguintes critérios de inclusão: ser artigos originais, de acesso livre, ser publicado nos periódicos de 2006 a 2016, propor intervenções e/ou avaliações de atividades abrangendo a educação nutricional na APS, participantes com idade maior que 20 anos, independentemente do sexo, etnia e nível socioeconômico, e artigos desenvolvidos no Brasil.

Foram utilizados como critérios de exclusão: ser artigos curtos, teses, trabalhos que não foram publicados no período considerado e/ou que não estivessem inseridos nas referidas bases de dados, estudos sem acesso livre, além dos artigos que não aplicaram

algum tipo de intervenção nesse âmbito, ou seja, não realizaram ou avaliaram atividades de educação nutricional na atenção primária ou foram desenvolvidos com crianças, adolescentes, gestantes e lactantes e/ou que não foram desenvolvidos no Brasil.

Foram incluídas publicações em português e inglês, sendo rejeitados os artigos repetidos nas bases de dados. A seleção dos estudos levantados foi categorizada de acordo com o tipo de estudo, objetivos, público-alvo, local da pesquisa e ano de publicação do artigo, bem como as revistas em que estavam relacionadas, metodologia aplicada e seus principais resultados.

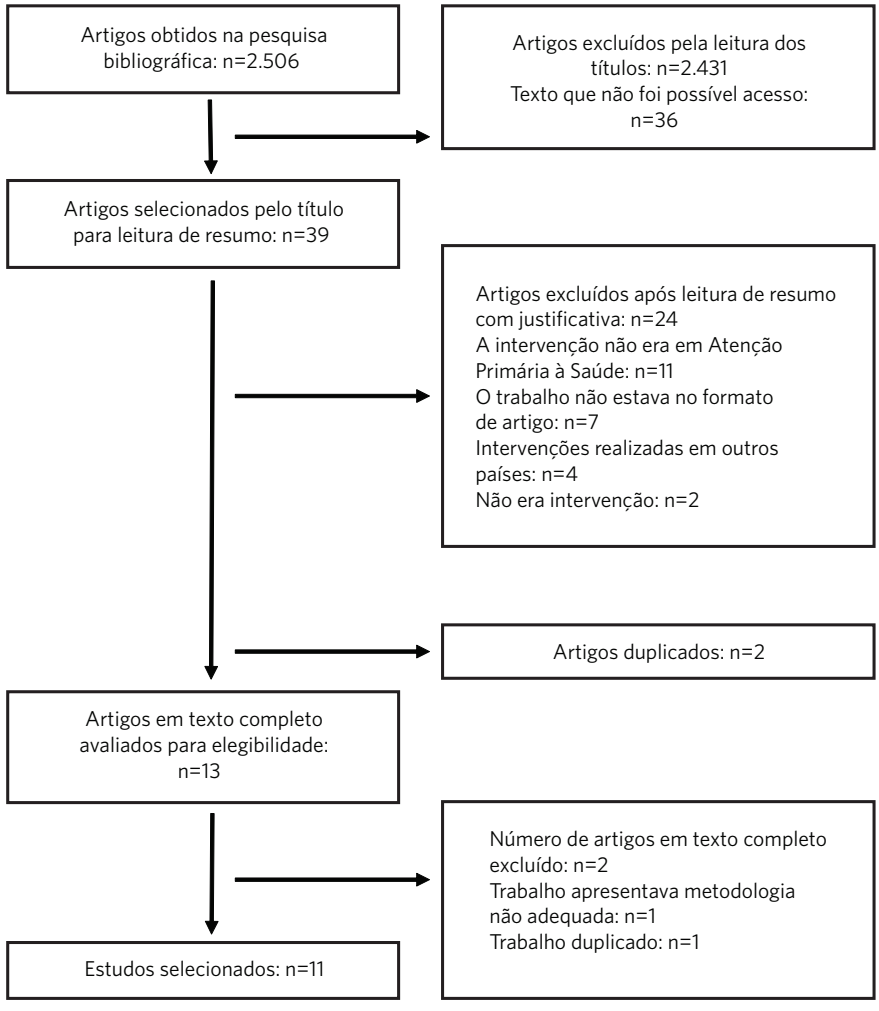
Avaliação dos artigos segundo a classificação dos periódicos

Com o intuito de avaliar as revistas a que os estudos estavam veiculados, utilizou-se a classificação de periódicos do Qualis/Capes, tendo como referência a área de avaliação de nutrição e saúde coletiva, como pode ser visto no estudo de Ramos, Santos e Reis (2013) que, dos artigos selecionados, fundamentou-se a categorização de periódicos no Qualis/Capes, tendo como parâmetro a área de avaliação de nutrição, sendo que as revistas que possuem classificação A1 representavam o maior indicativo de qualidade dos veículos de divulgação, e C, o menor indicador.

Resultados

A busca foi realizada, segundo estratégia predefinida, resultando em um achado de 2.506 estudos, referenciados em três bases dados: SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde e o Periódico Capes, por meio de descritores em inglês e português, publicados entre os anos de 2006 e 2016, sendo encontrados: 200 estudos na base SciELO, 1.364 estudos na base Biblioteca Virtual em Saúde e 942 estudos na base Periódico Capes. Deste total de estudos, foram selecionados 11 trabalhos sobre intervenções em EAN na APS em indivíduos adultos com idade acima de 20 anos. A *figura 1* apresenta o fluxograma da seleção dos artigos.

Figura 1. Fluxograma das etapas de seleção dos artigos revisados



Para a identificação das revistas na qual os artigos foram publicados utilizou-se o sistema de classificação Qualis/Capes. Dos artigos selecionados, 45,4% apresentaram Qualis B2, 36,4% com Qualis B3 e 18,2% dos artigos com Qualis B4 e B5, não havendo revistas que possuíssem classificação A1e C, como está categorizado no *quadro 1*.

Quadro 1. Classificação dos estudos segundo o Qualis

Estudo	Revista	Qualis
Deus *et al.*, 2015	Revista Ciência & Saúde Coletiva	B2
Mendonça; Lopes, 2012	Revista da Escola de Enfermagem da USP	B3
Ribeiro *et al.*, 2012	Revista de Nutrição	B2
Gomes *et al.*, 2013	Revista Brasileira em Promoção da Saúde	B3
Anunciação *et al.*, 2012	Revista Baiana de Saúde Pública	B5
Machado *et al*., 2016	Revista Ciência & Saúde Coletiva	B2
Gandra *et al.*, 2011	Revista Brasileira em Promoção da Saúde	B3
Teixeira *et al.*, 2013	Revista Ciência& Saúde Coletiva	B2
Silva *et al*., 2012	Revista de APS – Atenção Primária à Saúde	B3
Silva *et al*., 2013	Revista de Nutrição	B2
Silva; Quintão, 2015	Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento	B4

USP (Universidade de São Paulo); APS (Atenção Primária à Saúde).

Os estudos que elaboraram alguma intervenção com base na educação nutricional realizada dentro da APS no Brasil, e que avaliaram os resultados após a execução, foram caracterizados no *quadro 2* quanto: ao autor, ao ano de publicação, ao local do estudo, ao tipo de estudo e à revista em que foram publicados. Observa-se que, mesmo os artigos sendo refinados no período de 2006 a 2016, os estudos encontrados iniciam-se com o ano de publicação em 2011, não sendo encontrados artigos anteriores a esse período. Quanto ao local em que os estudos foram executados, nota-se que 81,8% dos trabalhos foram desenvolvidos no estado de Minas Gerais, 9,1% no estado de São Paulo e 9,1% no estado de Sergipe, demonstrando uma predominância na região Sudeste.

Quadro 2. Estudos de intervenção em educação alimentar e nutricional em adultos atendidos na APS no Brasil quanto ao local de realização, tipo de estudo e revista na qual foram publicados no País no período de 2006 a 2016

Estudo	Ano	Local do Estudo	Tipo de Estudo	Revista
Deus *et al.*	2015	Belo Horizonte (Minas Gerais)	Intervenção não aleatória	Revista Ciência & Saúde Coletiva
Mendonça; Lopes	2012	Região leste de Belo Horizonte (Minas Gerais)	Intervenção Quase-experimental	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Ribeiro *et al.*	2012	Porto Firme (Minas Gerais)	Intervenção de abordagem qualiquantitativa	Revista de Nutrição
Gomes *et al.*	2013	Diadema (São Paulo)	Longitudinal e natureza quantitativa, com intervenção educativa	Revista Brasileira em Promoção da Saúde
Anunciação *et al.*	2012	Ouro Preto (Minas Gerais)	Estudo de intervenção	Revista Baiana de Saúde Pública
Machado *et al*.	2016	Área urbana de um município de pequeno porte	Intervenção longitudinal, comparativo, do tipo ensaio comunitário	Revista Ciência & Saúde Coletiva
Gandra *et al.*	2011	Diamantina (Minas Gerais)	Estudo de intervenção do tipo antes e depois	Revista Brasileira em Promoção da Saúde
Teixeira *et al.*	2013	Aracaju (Sergipe)	Estudo do tipo pré-teste/pós-teste	Revista Ciência& Saúde Coletiva

Quadro 2. (cont.)

Silva *et al*.	2012	Belo Horizonte (Minas Gerais)	Estudo de intervenção	Revista de APS – Atenção Primária à Saúde
Silva *et al*.	2013	Belo Horizonte (Minas Gerais)	Intervenção aberta e não controlada	Revista de Nutrição
Silva; Quintão	2015	Muriaé (Minas Gerais)	Intervenção do tipo longitudinal, qualitativa e quantitativa	Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

USP (Universidade de São Paulo); APS (Atenção Primária à Saúde).

O *quadro 3* discrimina os artigos quanto: aos objetivos do estudo, à metodologia desenvolvida e aos principais resultados obtidos. Sobre os objetivos, observou-se que 36,4 % dos estudos tinha por objetivo avaliar uma intervenção em EAN sobre um grupo específico que estivesse vinculado à APS, mais precisamente sobre o público que frequentava a Academia da Saúde, como pode ser visto em 4 dos 11 estudos selecionados, associando a prática de exercício físico com a intervenção em EAN. Os outros artigos dispunham de intervenções sobre uma população específica com alguma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT), como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e obesidade, sem associação com a prática de exercícios físicos apenas com o desenvolvimento de atividades em EAN.

Quadro 3. Categorização dos artigos que apresentam estudos de intervenção em educação alimentar e nutricional em adultos atendidos na APS no Brasil quanto aos objetivos, metodologia e principais resultados, publicados no Brasil no período de 2006 a 2016

Objetivos	**Metodologia**				**Principais resultados**
	Público-alvo	**Período**	**Intervenção**	**Avaliação da intervenção**	
			Deus et al., 2015		
Avaliar o impacto de intervenção nutricional associada à prática de exercícios físicos sobre o perfil alimentar e antropométrico de usuárias do Programa Academia da Saúde no município de Belo Horizonte (MG).	124 mulheres participantes do Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte, MG.	11 meses	Participantes expostas à intervenção nutricional com o uso de ilustrações por meio de materiais educativos e lúdicos, como réplicas, fotos de alimentos e medidas caseiras, além de jogos educativos e teatro, bem como da atividade física pelo educador físico.	Antropometria e indicadores dietéticos antes da intervenção e após 11 meses de seu início.	Impacto positivo no perfil alimentar e antropométrico.
			Mendonça; Lopes, 2012		
Avaliar o efeito de intervenções nutricionais relacionados com os exercícios físicos regulares e hábitos alimentares, sobre asmedidas físicas de usuários de um serviço de promoção da saúde, a Academia da Saúde de Belo Horizonte – Minas Gerais, Brasil.	167 usuários que realizavam exercício físico regular na academia desaúde.	7 meses	A intervenção contou com a avaliação por meio de anamnese nutricional, antropometria e aferição da PA,atendimento nutricional coletivo e individual e a prática de exercício físico.	Após a intervenção, houve a reavaliação antropométrica, aferição da PA e aplicação do questionário 'Como está sua alimentação?'.	Adoção de hábitos alimentares saudáveis e redução da CC eadequação da PA sistólica.

Quadro 3. (cont.)

			Ribeiro *et al.*, 2012		
Analisar a importância, a efetividade e as limitações de estratégias de educação em saúde, relacionadas com as orientações dietéticas, no enfrentamento da problemática da adesão ao tratamento da HAS, no contexto do Programa de Saúde da Família.	27 mulheres entre 45 e 60 anos, com diagnóstico confirmado de HAS.	5 meses	As participantes foram alocadas em dois grupos. Um grupo com oficinas mensais com vídeos, dinâmicas e palestras, e outro grupo que participou das oficinas e recebeu orientação individualizada e familiar no domicílio por nutricionista.	Foram realizadas entrevistas e GF para conhecer a percepção das participantes sobre as atividades educativas e as mudanças nos hábitos alimentares. Antes e após a intervenção, houve a avaliação antropométrica, aferição da PA, dos níveis de glicemia ecolesterol.	O grupo que recebeu as VD apresentou melhorias na avaliação clínica, com redução dos parâmetros de IMC, da PA sistólica e glicemia, enquanto o grupo que não recebeu orientações domiciliares teve redução apenas da CC.
			Gomes *et al.*, 2013		
Avaliar o impacto de um programa de educação nutricional sobre o estado nutricional e conhecimento alimentar de pacientes com excesso de peso.	63 pacientes de ambos os sexos, adultos e idosos, alfabetizados, frequentadores de um grupo de educação alimentar para pessoas com excesso de peso.	7semanas	Desenvolveram a educação nutricional por meio de aulas expositivas e conversas em grupo, discutindo diferentes temas referentes à alimentação saudável e aplicação de questionários para avaliar o nível de conhecimento dos pacientes.	Foi realizado com aplicação de questionários no inicio e no final de cada encontro, com o intuito de avaliar a compreensão de cada participante em relação ao assunto desenvolvido na educação nutricional e a avaliação antropométrica pré e pós-intervenção.	Redução das medidas antropométricas, com redução de peso, evolução no estado nutricional e melhoria no conhecimento sobre alimentação saudável.
			Anunciação *et al.*, 2012		
Avaliar o conhecimento sobre alimentação entre pacientes com diagnóstico de DM tipo 2 atendidos na UBS Bauxita, bem como avaliar o perfil nutricional dessas pessoas e sua relação com o nível de conhecimento acerca da doença.	33 usuários, adultos e idosos de ambos os sexos atendidos na UBS Bauxita, com diagnóstico de DM tipo 2.	Out. e nov. de 2010	A educação nutricional se deu mediante avaliação antropométrica e aplicação de formulário para obtenção de dados sobre conhecimento em alimentação e fatores que possam interferir na sua realização. Logo após, foi realizada uma dinâmica de grupo intitulada 'Bingo Nutricional'.	Entre o 7º e 20º dia após a realização da dinâmica educativa, foram realizadas visitas domiciliares para uma nova aplicação do teste com o propósito de avaliar a eficácia de tal atividade.	Não houve diferença entre tempo de diagnóstico da doença e o nível de conhecimento acerca da alimentação. Entre os usuários de insulina, houve melhor nível de conhecimento do que aqueles que fazem uso do medicamento oral.
			Gandra *et al,* 2011		
Avaliar o efeito de um programa de educação no conhecimento e nas atitudes sobre o DM de pacientes diabéticos acompanhados por duas UBS cidade de Diamantina (MG).	23 pacientes diabéticos do tipo 1 ou 2, atendidos por duas UBS.	12 meses	As atividades educativas foram conduzidas por meio de técnicas instrucionais como preleção dialogada, demonstração, teatro, *brainstorming*, discussão e tarefa dirigida.	Foi realizado por meio de questionário semiestruturado, aplicado antes a após a intervenção.	Observou-se uma melhora no nível de conhecimento dos participantes após o trabalho educativo.
			Teixeira *et al.*, 2013		
Avaliar a eficácia de dois métodos de intervenção nutricional educativa entre mulheres praticantes de atividade física regular visando à modificação e à adoção de práticas alimentares saudáveis.	60 mulheres com idade entre 19 e 59 anos participantes do Programa Academia da Cidade, vinculadas a cinco polos do programa.	2 meses	Divididos em dois grupos: intervenção nutricional educativa menos intensiva, realizada em um único momento com aula dinâmica, e intervenção nutricional educativa mais intensiva, com 7encontros.	Aplicação de questionário contendo 12 perguntas de conhecimento a respeito do assunto. Avaliaram-se também as modificações realizadas na alimentação e seus principais motivos conduzidos ao final da intervenção e aferição das medidas antropométricas.	A intervenção nutricional educativa mais intensiva por dois meses e de caráter prático produziu efeito desejado na mudança de comportamento alimentar e na redução do peso corporal no grupo estudado.

Quadro 3. (cont.)

			Silva *et al.*, 2012		
Realizar intervenção nutricional integrada à prática de atividade física com usuários hipertensos que praticam Lian Gong em uma UBS de Belo Horizonte.	15 usuários dos serviços da UBS.	3 meses	A educação nutricional se deu em6 encontros, com oficinas educativas e de como cultivar hortas em locais pequenos, palestras dialogadas sobre alimentação saudável e adequada na prática de atividade física.	No primeiro e último encontro foi aplicado o questionário 'Como está sua alimentação?', realizada avaliação antropométrica e da PA.	Foram verificadas modificações importantes nos hábitos alimentares, na qualidade de vida, com redução significativa da CC e da RCQ.
			Silva *et al.*, 2013		
Avaliar as oficinas, com foco na aquisição de informações em nutrição e na percepção de mudança de hábitos alimentares de usuários de uma Academia da Cidade (MG) e avaliar a viabilidade de executar essa intervenção nesse serviço, considerando-se sua estrutura física e seus recursos disponíveis.	O número de participantes variou entre 71 e 132 usuários.	4 meses	As intervenções educacionais foram por meio de oficinas, baseadas nos 10 passos para uma alimentação saudável e o guia alimentar para a população brasileira, dinâmica de perguntas e respostas, uso da pirâmide alimentar e demonstração da recomendação de sal, açúcar, além de contar com os exercícios físicos em três dias da semana com duração de uma hora.	Realizado com aplicação de dois questionários: um para a avaliação da aquisição de informações e outro após três meses do encerramento das atividades, de seguimento autopreenchido acerca de sua percepção quanto às mudanças ocorridas no período.	A intervençãoteve potencial para a aquisição de informações em nutrição e a adoção de hábitos alimentares saudáveis, como a redução do consumo de óleos, açúcares e refrigerantes e aumento do consumo de frutas e hortaliças.
			Silva; Quintão, 2015		
Avaliar a eficácia da intervenção nutricional nas mudanças do hábito alimentar e no perfil antropométrico de participantes dos grupos 'De bem com a balança' assistidos nas UBS do município de Muriaé--MG.	70 pessoas atendidas em quatro UBS do município de Muriaé entre adolescentes, adultos e idosos de ambos os sexos.	4 meses	As ações de educação nutricional foram realizadasem sete encontros. Após uma semana, foi entregue a cada participante um plano alimentar. Os próximos encontros foram realizados quinzenalmente para avaliação antropométrica e participação nas palestras sobre alimentação e saúde.	Aplicação do questionário com perguntas sobre os hábitos alimentares e aferição das medidas antropométricas.	Houve melhora no estado nutricional dos participantes, com diminuição em todos os índices ou medidas.

HAS: (Hipertensão Arterial Sistêmica); IMC (Índice de Massa Corporal); CC (Circunferência da Cintura); DM (Diabetes Mellitus); PA (Pressão Arterial); VD (Visita Domiciliar); MG (Minas Gerais); UBS (Unidade Básica de Saúde); RCQ (Razão Circunferência Quadril); GF (Grupo Focal).

Quanto à metodologia desenvolvida nos estudos, nota-se que as intervenções foram realizadas de diferentes formas, apresentando, na maior parte dos trabalhos, mais de uma estratégia desenvolvida em um único grupo, utilizando tanto ferramentas lúdicas como teatro, apresentação de vídeos, fotos, como a avaliação antropométrica e bioquímica, palestras, preenchimento de questionários e até mesmo a realização de visitas domiciliares. O período de duração em que foram desenvolvidas as intervenções variou nos estudos entre 7 semanas e 15 meses.

As avaliações das intervenções se deram por meio da aplicação pré e pós-intervenção, com avaliação antropométrica para a observação quanto ao estado nutricional, além da aplicação de questionário sobre

conhecimento em nutrição e hábitos alimentares e aferição da pressão arterial. Outros métodos de análise das intervenções também foram utilizados em alguns trabalhos, em menor expressão como o grupo focal relatado em apenas um estudo.

Os estudos selecionados descreveram como resultados a melhora do perfil alimentar, das medidas antropométricas, do estado nutricional dos usuários, bem como dos parâmetros bioquímicos, quanto à glicemia, colesterol, da pressão arterial, além de melhorar a adesão ao tratamento quanto à hipertensão, diabetes e obesidade. Todavia, percebe-se uma fragilidade quando se analisam as questões referentes às estratégias metodológicas de EAN, visto que 63,6% dos estudos possuem um período de intervenção menor ou igual a 5 meses, não propondo um trabalho contínuo e permanente como preconizado. Além disso, apenas um estudo realizou avaliação qualitativa, na perspectiva de compreender a percepção do participante e as questões inerentes ao empoderamento e autonomia do sujeito sobre os seus hábitos alimentares. Quanto ao uso de abordagens educacionais ativas e problematizadoras, apenas um dos artigos utilizou tais ferramentas para o desenvolvimento das oficinas.

Discussão

A seleção dos artigos com essa temática partiu da necessidade de conhecer quais intervenções de EAN estão sendo aplicadas para os usuários adultos na atenção primária no Brasil, visto que o baixo número de achados reflete como a EAN ainda precisa ser amplamente discutida, ressaltando a urgência da construção de novas perspectivas para a sua aplicação.

Destaca-se que os estudos analisados iniciaram as suas publicações a partir do ano de 2011, mesmo tendo a pesquisa um intervalo de 10 anos, entre 2006 e 2016. Tal fato pode ser referente à maior ênfase dada à temática nos últimos anos, sendo reforçada com o 'Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas', publicado no ano de 2012, contribuindo para o aumento progressivo e significativo do interesse sobre o tema e para a valorização de suas ações.

É indiscutível a crescente importância da EAN atualmente. Entretanto, das publicações encontradas, nenhuma estava veiculada em revista que apresentasse o Qualis/Capes no estrato indicativo de qualidade mais levado. Tal fato nos leva a alguns questionamentos quanto à relevância atribuídos a essa temática no meio cientifico, já que não foram encontradas produções em revistas que estivessem classificadas, na área avaliada, com o maior grau de qualidade que o Qualis/Capes determina. Fato semelhante foi percebido também no estudo de Ramos, Santos e Reis (2013), em que foi realizada uma revisão bibliográfica sobre a EAN em escolares.

Quanto aos objetivos dos artigos selecionados, cerca de 27% tinham por propósito a intervenção com base na adesão ao tratamento de doenças como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus* tipo 2, que, segundo Reiners *et al.* (2008), a adesão ao tratamento de tais enfermidades é algo ainda insatisfatório, sendo um desafio constante nos serviços de saúde. Contudo, predominou entre os estudos o objetivo de avaliar a intervenção a partir de seu efeito sobre o grupo escolhido. Dessa forma, entende-se que as metodologias aplicadas estão baseadas somente nos resultados, diminuindo o processo educativo, que é fazer com que a aprendizagem alcance a modificação do comportamento alimentar e o empoderamento em relação a sua saúde (RAMOS; SANTOS; REIS, 2013).

Dada a crescente demanda de indivíduos com algum tipo de DCNT, muitos dos estudos encontrados relacionam suas ações de EAN com grupos que já atingidos com alguma dessas doenças, que são o grande público atendido na APS. Fazem-se então necessárias ações que atendam não somente

a esse público, mas também intervenções voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde que sejam permanentes e contextualizadas na realidade dos indivíduos, tornando essencial compreender os conceitos que envolvem a promoção da saúde, uma vez que a EAN baseia-se na promoção da alimentação adequada e saudável como forma de construir ambientes saudáveis, afim de proporcionar uma qualidade de vida melhor à população (BRASIL, 2016C).

Observou-se que, entre o público-alvo dos estudos, predominou, entre os usuários adultos da APS, o sexo feminino; o que, segundo Gomes *et al.* (2013), justifica-se devido ao fato de as mulheres fazerem mais o uso dos serviços de saúde e do interesse maior de participar de estudos em que são desenvolvidos temas de promoção à saúde. Entre a faixa etária dos participantes, preponderaram usuários maiores de 20 anos, porém ressalta-se a presença de idosos em cerca de 100% dos estudos, que mesmo não sendo a busca prioritária neste estudo, essa população é pertinente entre aqueles que frequentam a APS.

Segundo Martins *et al.* (2014), essa presença marcante dos idosos nos serviços de saúde se deve ao envelhecimento populacional no País e o fortalecimento do cuidado à saúde da população idosa que passou a ser uma prioridade no Sistema Único de Saúde. Destaca-se também a presença de um adolescente em um dos estudos selecionados, porém os autores não discutem a relevância nem a consequência de tal inclusão. Entretanto, sabe-se que intervenções podem e devem ser específicas para as diferentes faixas etárias, a fim de garantir a compreensão e a adesão correta do que será proposto na intervenção.

Várias são as formas de ações educativas que foram utilizadas, bem como a variedade de intervenções aplicadas em um mesmo grupo de estudo, prevalecendo, sobretudo, o uso de palestras e aulas com métodos expositivos, sendo relatada em apenas um dos artigos o uso da problematização como ferramenta para o desenvolvimento das oficinas. Nota-se, portanto, uma forte tendência metodológica clássica aderida aos termos 'aulas expositivas' ou 'palestras dialogadas' percebida de forma relevante nos estudos analisados, além do uso de recursos como as dramatizações, vídeos, fotos e cartazes, entre outros recursos abordados. Segundo Santos (2012), o uso de tais artifícios busca melhorar a interação do grupo com o tema exposto, porém acabam caindo em tipos de técnicas associadas a um modelo de educação tradicional, de transmissão de conhecimentos e verticalidade na relação entre educador e educando.

Encontram-se também intervenções, entre os estudos selecionados, baseadas no modelo do aconselhamento dietético, como oficinas culinárias, visitas domiciliares e com olhar da educação ambiental, como as hortas cultivadas em pequenos espaços. Contudo, em parte dos trabalhos, as intervenções não são descritas em detalhes, apenas citam superficialmente aspectos como o período, os conteúdos abordados e as técnicas utilizadas, corroborando o estudo de Santos (2012), que reforça a predominância de estudos que não descrevem de forma aprofundada as atividades desenvolvidas no processo educativo. Ressalta-se, portanto, a importância de ampliar o uso das ferramentas que incluem a culinária e o fortalecimento da cultura local e familiar, ainda pouco abordados nas práticas descritas.

Diante disso, a EAN deve basear-se na ampliação da autonomia e no fortalecimento da participação ativa dos sujeitos, aumentando a capacidade de escolha dos indivíduos, bem como o de transformar e produzir em sua própria realidade (BRASIL, 2012A). Destaca-se que educar não é adestrar, dessa forma, a transmissão de conhecimento limita as ações da EAN, pois alimentar-se envolve muito mais que ingerir nutrientes necessários a uma boa qualidade de vida, a alimentação compreende um universo de significados que perpassa do prazer pessoal até fatores socioculturais nos quais o indivíduo está inserido.

Segundo Boog (1997), essa abordagem clássica e prática que instrui o outro a como proceder negligenciando os conflitos e contradições não resulta em uma abordagem eficaz da EAN, devendo então haver uma aproximação mais abrangente no desenvolvimento de novos métodos, a fim de gerar situações de reflexão, com base na problematização e na busca de soluções alternativas, compreendendo toda a singularidade que envolve o indivíduo e sua relação com a alimentação, que, para Santos (2012), convencionou-se chamar de 'experiências exitosas', pois leva o indivíduo a entender e relacionar o problema com a prática real e a mudança possível.

Entende-se que um trabalho multiprofissional compreende o cuidado de um objeto por diferentes disciplinas, não devendo haver desacordos entre as concepções e as estratégias traçadas (ALVARENGA *ET AL.*, 2013). Partindo da compreensão de EAN, como um serviço multiprofissional, intersetorial e transdisciplinar, dos trabalhos analisados, verifica-se que mais de 50% dos estudos tiveram o envolvimento de outros profissionais para o desenvolvimento do projeto, prevalecendo a presença do educador físico, entre outros profissionais, como farmacêuticos e fisioterapeutas. Assim, percebe-se a importância do trabalho interdisciplinar, em que se caracteriza como uma integração das disciplinas por concepções e métodos, quando se refere à EAN, visto que questões relacionadascom a alimentação tange diversos outros pontos que transcendem a praticidade de só se alimentar; ou relações somente com a nutrição superam a centralização na doença, perpassando pelo desenvolvimento de estratégias que abordem a complexidade pertinente à saúde (FERIOTTI, 2009).

As avaliações das intervenções propostas se deram a partir do conhecimento dos participantes por meio de questionários antes e após a intervenção, partindo do total de números de acertos. Entretanto, apenas um questionário utilizado nos diferentes estudos era validado, o que demonstra a inexistência de padronização e a fragilidade que tais instrumentos podem apresentar, podendo levar à falta de credibilidade da metodologia utilizada. Esse entendimento parte da hipótese questionada por Gazzinelli *et al.* (2005), de que a apreensão de saber instituído sempre leva à aquisição de novos comportamentos e práticas. No entanto, a simples avaliação do conhecimento adquirido por si só não leva à confirmação de mudança de comportamento alimentar dos sujeitos, é necessária uma avaliação mais crítica da intervenção, partindo da complexidade dos sujeitos, e não se apoiar somente em resultados objetivos.

A antropometria foi também um dos métodos utilizados para a avaliação da intervenção, visto que o conhecimento sobre a alimentação saudável leva a hábitos alimentares mais adequados, acarretando uma melhoria do estado nutricional. Todavia, segundo Friedrich, Schuch e Wagner (2012), intervenções isoladas não promovem mudanças no Índice de Massa Corporal (IMC), e isso pode ser explicado devido às mudanças na massa corporal não ocorrerem em período curto de tempo, sendo necessária uma maior duração na intervenção, sendo que os estudos apresentaram períodos que variaram entre 7 semanas e 15 meses. Assim, a educação nutricional é um processo que demanda tempo para obter resultados positivos; e, como qualquer ação educativa, exige manutenção e continuidade, tornando-se um desafio para os profissionais de saúde.

Dentre os espaços escolhidos para o desenvolvimento das intervenções, além de dispor da Unidade Básica de Saúde (UBS) e da ESF, destaca-se o Programa Academia da Saúde (PAS), que conta com uma infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para a orientação de práticas corporais, atividade física, lazer e modos de vida saudáveis (BRASIL, 2011). Assim, o uso de tais espaços para a implementação das atividades é visto como um potencializador das ações de cuidados individuais e coletivos na atenção básica, de modo que a melhora nos hábitos

alimentares, associados à prática de atividade física contribui para a redução do risco de desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (TEIXEIRA *ET AL.*, 2013).

A crescente importância da EAN no contexto da promoção da saúde e da alimentação saudável é vista como uma estratégia imprescindível no enfrentamento de novos desafios nos campos da saúde, alimentação e nutrição. No entanto, cabe ressaltar as poucas referências sobre o arcabouço teórico, metodológico e operacional, que norteiam as políticas públicas no campo da educação nutricional. Os vazios de ordem conceitual, ideológica e organizacional no desenvolvimento das ações da EAN, referidos na literatura, norteiam a necessidade de pensar nas escolhas das atividades de participação coletiva baseados em metodologias ativas como rodas de conversa, as oficinas e a problematização como estratégias facilitadoras (BOTELHO *ET AL.*, 2016), sendo importante privilegiar o uso de métodos que promovam a participação coletiva, propiciando relatos da realidade e aproximando profissionais e usuários.

Ante essas necessidades, foram publicados, no ano de 2016, pelo Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Minas Gerais, trabalhos importantes que trazem essa discussão sobre a urgência de desempenhar ações de promoção da saúde elencadas na autonomia e no empoderamento, bem como que sejam efetivas e contextualizadas na realidade dos sujeitos, ferramentas imprescindíveis para a construção de intervenções educativas pautadas na EAN (BRASIL, 2016A, 2016B, 2016C).

Como não há um padrão de metodologias a serem desenvolvidas nas intervenções de EAN, nem do tamanho amostral nem tampouco variáveis a serem analisadas, isso traz limitações para a discussão dos resultados, pois dificulta a comparação dos métodos desenvolvidos nas intervenções. Dificuldade também levantada nos estudos de Barbosa *et al.* (2016) e Barros, Saunders e Leal *et al.* (2008), devido às metodologias diversificadas encontradas nos artigos analisados. Contudo, os estudos trazem resultados positivos quanto às intervenções aplicadas, destacando as mudanças relatadas quanto ao perfil alimentar, bem como do estado nutricional e dos parâmetros bioquímicos, quanto à glicemia e colesterol, com melhora da pressão arterial e no conhecimento sobre alimentação saudável.

Além disso, alguns estudos trazem suas próprias limitações no desenvolvimento das intervenções como dificuldades de logística e infraestrutura, a não alocação aleatória dos grupos, o curto espaço de tempo, o tamanho da amostra, perdas amostrais do grupo, ausência de grupo controle, entre outras, dificuldades estas que podem ser explicadas devido ao local e ao público escolhido para a aplicação das intervenções.

Outras dificuldades que podem ser observadas relacionadas com o cotidiano dos serviços de saúde para o desenvolvimento de intervenções de EAN, limitações estas inerentes ao próprio serviço – como a grande rotatividade dos usuários e de profissionais, o abandono do tratamento, a falta de apoio da gestão para as atividades de educação em saúde –, muitas vezes visam somente à produtividade, e não à qualidade do serviço prestado, ao perfil e ao conhecimento do profissional de saúde sobre a temática, às condições de vida e de pobreza local, fatos estes levantados no estudo de Vasconcelos e Magalhães (2016) como barreiras para a realização de ações de nutrição contínuas e consistentes dentro da ESF, que para superá-las requerem atuações que busquem a melhoria dos serviços em um âmbito macro das políticas públicas de saúde.

Conclusões

Este estudo demonstra a relevância da EAN para o fortalecimento das ações de nutrição, auxiliando no empoderamento dos indivíduos e no desenvolvimento da

autonomia diante de suas escolhas alimentares. Entretanto, para que alcancem tais objetivos de forma efetiva, são necessários estudos que descrevam de forma detalhada as técnicas aplicadas, com uso de ferramentas coesas e validadas, a serem empregadas nas diferentes situações.

Existem, atualmente, ferramentas importantes aplicadas à prática da EAN na atenção básica, como o Instrutivo: metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica; e Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição: material de apoio para profissionais de saúde, que visam à valorização da cultura alimentar dos sujeitos, bem como de sua comunidade e família, e dos alimentos acessíveis em sua localidade. Tais instrumentos reforçam conceitos importantes levantados na EAN, e como alcançá-los na prática da rotina de um serviço de saúde auxiliando os profissionais na tomada de decisão.

Faz-se também necessária uma deliberação política para o desenvolvimento das ações de EAN dentro da APS, com descrição dessas atividades nos planos municipais de saúde e no planejamento das práticas educativas nas unidades, possibilitando o investimento e o apoio gerencial e logístico necessário para o seu efetivo desenvolvimento a fim de garantir não só a realização, mas também a continuidade dessas atividades dentro dos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, ressalta-se a urgência de redirecionamento das pesquisas relacionadas com a EAN no âmbito da APS no Brasil, sendo pertinente a necessidade de maiores esforços para o delineamento e a condução de estudos que evidenciem modelos de intervenção com métodos ativos e inovadores de educação em saúde. ■

Referências

ALENCAR, A. P. A. *et al*. Impacto do programa mais médicos na atenção básica de um município do sertão central nordestino. *Revista Eletrônica Gestão & Sociedade,* Belo Horizonte, v. 10, n. 26, p. 1290-1301, ago. 2016. Disponível em: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/viewFile/2085/1166>. Acesso em: 2 nov. 2016.

ALVARENGA, J. P. O. *et al*. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. *Revista de enfermagem UFPE,* Recife, v. 7, n. 1, p. 5944-5951, out. 2013.

ANUNCIAÇÃO, P. C. *et al*. Avaliação do conhecimento sobre alimentação antes e após intervenção nutricional entre diabéticos tipo 2. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 36, n. 4, p. 986-1001, out./dez. 2012.

BARBOSA, L. B. *et al*. Estudos de avaliação do conhecimento nutricional de adultos: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-462, fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0449.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2016.

BARROS, D. C.; SAUNDERS, C.; LEAL, M. C. Avaliação nutricional antropométrica de gestantes

brasileiras: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,* Recife, v. 8, n. 4, p. 363-376, dez.2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000400002>. Acesso em: 2 nov. 2016.

BOOG, M. C. F. *Educação em Nutrição:* integrando experiências. Campinas: Komedi, 2013.

_____. Educação nutricional: passado, presente, futuro. *Revista de Nutrição:* PUCCAMP, Campinas, v. 10, n. 1, p. 5-19, 1997. Disponível em: <https://www.faculdadeguararapes.edu.br/site/hotsites/biblioteca/educacaonutricional_passado-presente-futuro59500.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2016.

BOTELHO, F. C. *et al.* Estratégias pedagógicas em grupos com o tema alimentação e nutrição: os bastidores do processo de escolha. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1889-1898, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000601889&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Desmistificando dúvidas sobre alimentação e nutrição: material de apoio para profissionais de saúde.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. *Na cozinha com as frutas, legumes e verduras.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b.

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

_____. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. *Instrutivo:* metodologia de trabalho em grupos para ações de alimentação e nutrição na atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016c.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

DEUS, R. M. *et al.* Impacto de intervenção nutricional sobre o perfil alimentar e antropométrico de usuárias do Programa academia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1937-1946, jun. 2015.

FERIOTTI, M. L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. *Vínculo,* São Paulo, v. 6, n. 2, p. 179-190, dez. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000200007>. Acesso em: 2 nov. 2016.

FRIEDRICH, R. R.; SCHUCH, I.; WAGNER, M. B. Efeito de intervenções sobre o índice de massa corporal em escolares. *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, v. 46, n. 3, p. 551-560, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000300018>. Acesso em: 2 nov. 2016.

GANDRA, F. P. P. *et al.* Efeito de um programa de educação no nível de conhecimento e nas atitudes sobre o diabetes mellitus. *Revista Brasileira de Promoção em Saúde,* Fortaleza, v. 24, n. 4, p. 322-331, out./dez. 2011. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2089>. Acesso em: 2 nov. 2016.

GAZZINELLI, F. G. *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v. 21 n. 1, fev. 2005.

GOMES, A. C. M. *et al.* Impacto de estratégias de educação nutricional sobre variáveis antropométricas e conhecimento alimentar. *Revista Brasileira de Promoção em Saúde,* Fortaleza, v. 26, n. 4, p. 462-469, out./dez. 2013. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3111>. Acesso em: 2 nov. 2016.

GREENWOOD, S. A.; FONSECA, A. B. Espaços e caminhos da educação alimentar e nutricional no livro

didático. *Ciência e Educação.* Bauru, v. 22, n. 1, p. 201-218, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ciedu/v22n1/1516-7313-ciedu-22-01-0201.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2016.

JAIME, P. C. *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Revista de Nutrição,* Campinas, v. 24, n. 6, p. 809-824, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415--52732011000600002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 nov. 2016.

MACHADO, J. C. *et al.* Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 611-620, fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413--81232016000200611&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 nov. 2016.

MARTINS, A. B. *et al.* Atenção Primária à Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3403-3416, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413--81232014000803403&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 nov. 2016.

MENDONÇA, R. D.; LOPES, A. C. S. Efeitos de intervenções em saúde sobre os hábitos alimentares e medidas físicas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP,* São Paulo, v. 46, n. 3, p. 573-579, jun. 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40983>. Acesso em: 2 nov. 2016.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revisa Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, n. esp, p. 158-164, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2016.

PIMENTEL, I. R. S. *et al.* Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade,* Florianópolis, p. 175-81, jul./set. 2011. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/download/95/364>. Acesso em: 2 nov. 2016.

RAMOS, F. P.; SANTOS, L. A. S.; REIS, A. B. C. Educação alimentar e nutricional em escolares: uma revisão de literatura. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2147-2161, nov. 2013. Disponível em: <http://www.cookie.com.br/site/wp-content/uploads/2015/05/Educa%C3%A7%C3%A3o-alimentar-e-Nutricional-em-Escolares-.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2016.

REINERS, A. A. O. *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2299-2306, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413--81232008000900034&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 nov. 2016.

RIBEIRO, A. G. *et al.* Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. *Revista de Nutrição,* Campinas, v. 25, n. 2, p. 271-282, mar./abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000200009>. Acesso em: 2 nov. 2016.

SANTOS, L. A. S. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 453-462, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200018>. Acesso em: 2 nov. 2016.

SILVA, C. P. *et al.* Intervenção nutricional pautada na estratégia de oficinas em um serviço de promoção da saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Revista de Nutrição,* Campinas, v. 26, n. 6, p. 647-658, nov./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732013000600004>. Acesso em: 2 nov. 2016.

SILVA, R. A. *et al.* Intervenção nutricional integrada à prática de Lian Gong em usuários hipertensos de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Revista APS,* Juiz de Fora, v. 15, n. 3, p. 356-363, jul./set. 2012.

SILVA, T. A. P.; QUINTÃO, D. F. Estratégias de educação nutricional nos grupos do projeto 'de bem com a balança' de 4 unidades básicas de saúde do município de Muriaé – MG. Revista *Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento,* São Paulo, v. 9, n. 53, p. 188-198, set./out. 2015. Disponível em: <www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/download/392/361>. Acesso em: 2 nov. 2016.

TEIXEIRA, P. D. S. *et al.* Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 347-356,fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200006>. Acesso em: 2 nov. 2016.

VASCONCELOS, A. C. C. P.; MAGALHAES, R. Práticas educativas em Segurança Alimentar e Nutricional: reflexões a partir da experiência da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, PB, Brasil. *Interface:* Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 99-110, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-1807-576220150156.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2016.

Recebido para publicação em dezembro de 2016
Versão final em junho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências

Planning of operative groups in the care of health services users: integrating experiences

Kellem Regina Rosendo Vincha[1], Amanda de Farias Santos[2], Ana Maria Cervato-Mancuso[3]

RESUMO O objetivo deste estudo foi apresentar um panorama do planejamento de grupos operativos realizados com usuários de serviços de saúde. Realizou-se uma revisão na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO). Nos 12 estudos analisados, a teoria de grupo operativo teve como base cinco autores diferentes. Os grupos pretenderam prevenir doenças/agravos e tratar doenças, porém o processo destacou a promoção da saúde associada à educação em saúde e à educação alimentar e nutricional. A observação foi o método de avaliação mais aplicado, entretanto, poucos estudos usaram indicadores de avaliação. O panorama construído poderá auxiliar profissionais no momento de planejar e desenvolver seus grupos.

PALAVRAS-CHAVE Revisão. Planejamento em saúde. Promoção da saúde. Processos grupais.

ABSTRACT *The objective of this study was to present a panorama of the planning of operative groups carried out with health services users. A review was conducted in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) database. In the 12 studies analyzed, the operative group theory was based on five different authors. The group aimed to prevent diseases/grievances and treat diseases, but the process highlighted the promotion of health associated with health education and food and nutrition education. The most common method of used evaluation was observation, however, few studies used evaluation indicators. The built panorama can help professionals in the planning and development of their own groups.*

KEYWORDS *Review. Health planning. Health promotion. Group processes.*

[1] Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil. *kincha@yahoo.com.br*

[2] Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil. *amandafarias_23@hotmail.com*

[3] Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil. *cervato@usp.br*

Introdução

O grupo, como modalidade de cuidado coletivo à população, tem se tornado frequente nos serviços de saúde, devido ao seu reconhecimento enquanto prática de educação em saúde. O cuidado em grupo envolve, a partir de relações interpessoais, a constituição de subjetividade e do psiquismo, a elaboração do conhecimento e a aprendizagem em saúde (AFONSO; COUTINHO, 2010; FERREIRA NETO; KIND, 2010).

Uma teoria de grupo legitimada na área da saúde é o Grupo Operativo (GO), que foi elaborada por Pichon-Rivière, psiquiatra e psicanalista, na década de 1940 (MENEZES; AVELINO, 2016). O objetivo do GO é promover um processo de aprendizagem para os participantes, o qual é compreendido como uma leitura crítica da realidade, uma atitude investigadora, uma abertura para as dúvidas e para as novas inquietações. Este processo coloca em evidência a possibilidade de uma nova elaboração de conhecimento, de integração e de questionamentos acerca de si e dos outros (AFONSO; COUTINHO, 2010).

Desse modo, o GO na área da saúde visa não apenas conceber as condições de saúde/doença por meio da transmissão de conhecimento – abordagem utilizada por muitos profissionais da saúde (MELO, 2013; VINCHA *ET AL.*, 2014) –, mas também transformar o conhecimento em atitude, a partir das necessidades e da realidade dos participantes. Esta transformação ocorre por meio do vínculo, da comunicação e do protagonismo de todos. Por isso, significados, sentimentos, relações, expectativas e experiências individuais são implicados na ação (AFONSO; COUTINHO, 2010; PICHON-RIVIÈRE, 2009).

O GO, como processo de aprendizagem, pode ser utilizado na prevenção de doenças e no tratamento de cuidados específicos, porém ele está cada vez mais presente na promoção da saúde (DUTRA; CORRÊA, 2015; MENEZES; AVELINO, 2016). Esta mudança de perspectiva decorre de as ações promotoras da saúde possuírem como objetivo o estímulo do empoderamento, a capacidade para a tomada de decisão e a autonomia, de indivíduos e coletividades, por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida (BRASIL, 2014C), o que vai ao encontro da teoria do GO. Neste sentido, de acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014C), essas ações buscam proporcionar a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes de determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

O desenvolvimento do GO depende de um clima particular, logo, os profissionais planejam a intervenção com o intuito de transformar uma situação em um campo propício de aprendizagem (PICHON-RIVIÈRE, 2009). Ao compreender o GO como prática de educação em saúde, o planejamento, realizado de forma sistematizada ou não, pode ser considerado uma ferramenta de intervenção dos profissionais da saúde (CERVATO-MANCUSO, 2011). Neste sentido, o planejamento do GO, assim como ações educativas e oficinas de grupo na área da saúde, é composto pelos seguintes elementos: definição do referencial teórico; análise das demandas de saúde da população atendida; elaboração do objetivo do grupo; identificação da tarefa; análise de temas pertinentes; escolha de estratégias educativas; e avaliação (AFONSO, 2010; CERVATO-MANCUSO, 2011).

O referencial teórico é a fundamentação teórica do grupo, na qual os profissionais da saúde se apoiam para conduzir a intervenção. Ela pode ser fundamentada em um ou mais autores de GO. A análise das demandas de saúde visa identificar os problemas de saúde da população e seus fatores causais, os quais fornecem suporte para a elaboração do objetivo. Com o objetivo elaborado, dado que ele é fixo, tem-se um guia para o desenvolvimento do grupo (CERVATO-MANCUSO, 2011), bem como se podem estabelecer regras de organização, como: local de encontro; dias e horário; frequência dos encontros; número de participantes; e profissionais coordenadores da ação (AFONSO, 2010).

Para a concretização do objetivo, o GO centra-se na tarefa, que é o fazer conjunto dos participantes, a partir de um esquema referencial comum. É por meio da tarefa, e pela tarefa, que os participantes estabelecem redes de comunicação e processos de aprendizagem, que ocorrem por objetivos conscientes e por relações internas, inconscientes, no grupo e do grupo (CASTANHO, 2012; PICHON-RIVIÈRE, 2009). Na área da saúde, o GO que objetiva a aprendizagem tem como dispositivos para a realização da tarefa os temas de discussão, pois apoiado neles, suscitam-se e mobilizam-se sentimentos, pensamentos e ações nos participantes (CASTANHO, 2012). Os temas podem ser identificados antes do início do grupo, na análise das demandas de saúde, o que oportuniza a existência de um cronograma definido, ou podem ser identificados a partir das necessidades emergidas no decorrer do grupo. Eles podem ser trabalhados com o uso de estratégias educativas, ou seja, palestras, vídeos, jogos, fotos, músicas e dinâmicas, entre outras (AFONSO, 2010).

A avaliação do grupo, último elemento do planejamento, deve conter uma análise dos participantes e uma análise do processo grupal. Desta forma, associam-se indicadores individuais, comumente conhecidos na área da saúde, e coletivos, sendo que, em ambos, as abordagens quantitativas e qualitativas podem ser exploradas (FERREIRA NETO; KIND, 2011; GAYOTTO, 2003). O processo grupal pode ser avaliado por seis vetores de avaliação, formulados por Pichon-Rivière (2009), que são: pertença; pertinência; comunicação; cooperação; aprendizagem; e tele.

Dado o reconhecimento do GO na área da saúde como uma teoria que favorece o cuidado integral dos participantes e que viabiliza a efetivação de grupos como espaços educativos em saúde, o presente estudo teve por objetivo apresentar um panorama do planejamento de GO realizados com usuários de serviços de saúde.

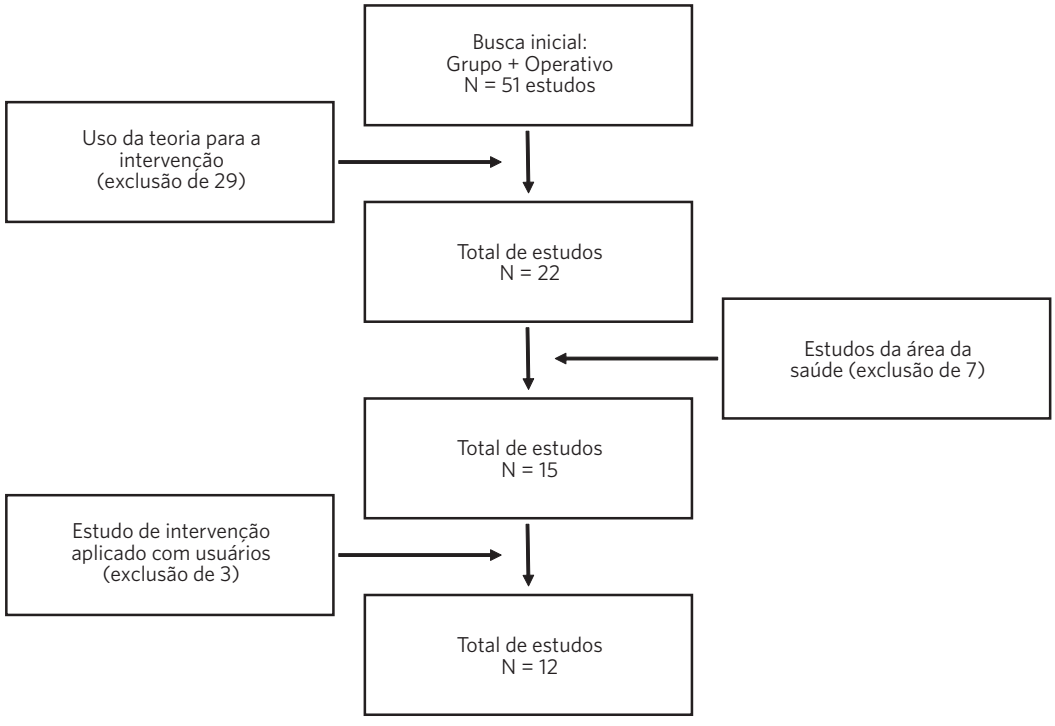
Métodos

Este estudo constitui uma medição de produções científicas na área da saúde sobre GO. Esta medição denomina-se bibliometria, estudo que quantifica a comunicação escrita, que visa ao tratamento quantitativo e à organização, à classificação e à avaliação das características das publicações (BUFREM; PRATES, 2005).

Realizou-se uma busca na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), com o uso das palavras-chave 'grupo' e 'operativo'. Inicialmente, foram incluídos todos os artigos que se encontravam disponíveis durante o período da busca: setembro a dezembro de 2015. Para a seleção, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados nos idiomas português, espanhol e inglês; e artigos publicados entre os anos 2005 e 2015.

Nessa seleção, 51 artigos foram elegidos, sendo que, a partir da leitura desses na íntegra, realizaram-se as exclusões, de acordo com os critérios apresentados na *figura 1*: estudo que não utilizou o GO como intervenção; estudo não realizado em serviços de saúde; e estudo que não envolveu exclusivamente usuários como participantes do grupo. Assim, foram excluídos 29 pelo uso da palavra 'operativo', com significados diferentes da teoria; sete pela utilização da teoria na área do ensino; e três pelo envolvimento de profissionais da saúde como participantes do grupo. Portanto, os estudos que utilizaram o GO no cuidado de usuários da saúde totalizaram-se em 12.

Figura1. Fluxograma de inclusão e exclusão de estudos sobre grupo operativo aplicado com usuários de serviços de saúde. São Paulo (SP), 2016



Fonte: Elaboração própria.

A bibliometria no presente estudo foi aplicada com o propósito de construir um panorama do planejamento dos GO. Para isso, buscou-se identificar os elementos do planejamento descritos nos estudos, quer dizer, os referenciais teóricos de GO, os objetivos dos grupos, os temas abordados, as estratégias educativas utilizadas e as avaliações. Quanto aos referenciais teóricos, houve a sistematização e a hierarquização dos autores, conforme o número de vezes em que foram referenciados, sendo que foram considerados aqueles citados ao menos em dois estudos. O objetivo do grupo foi classificado, de acordo com a intencionalidade, em: promoção da saúde; prevenção de riscos e doenças; e tratamento de cuidados específicos. E para a avaliação buscou-se identificar o método e o indicador empregados.

Resultados

Os estudos analisados apresentaram as seguintes características, como se vê no *quadro 1*: publicados entre os anos 2007 e 2015; 10 na língua portuguesa e dois em espanhol; 11 conduzidos no Brasil e um no México. No Brasil, destacou-se o estado do Rio Grande do Sul, seguido por Minas Gerais. Em relação ao tipo de estudo, identificaram-se 11 qualitativos, sendo cinco do tipo estudo de caso/relato de experiência; quatro descritivos, exploratórios ou analíticos; dois etnográficos; e um estudo quali-quantitativo de intervenção controlada. As populações investigadas foram, sobretudo, usuários de álcool e outras drogas, e portadores de doenças crônicas, como diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade. Nos contextos das investigações, incluíram-se hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Apoio Psicossocial.

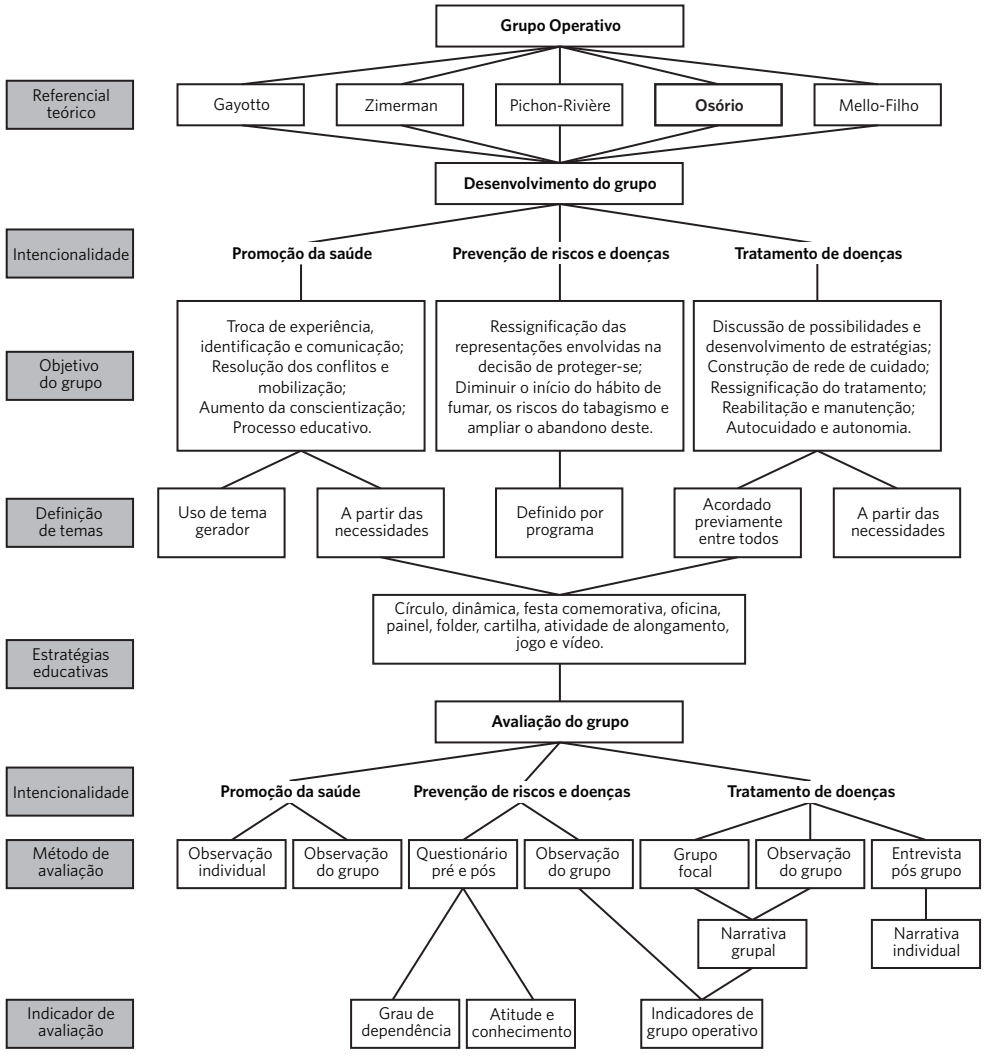
Quadro 1. Características dos estudos analisados, São Paulo (SP), 2016

Autores e ano	Local	Tipo de estudo	População	Contexto do estudo
Jardim *et al.* (2007)	Rio Grande do Sul/Brasil	Qualitativo, estudo de caso	Pais e filhos	Hospital
Soares e Ferraz (2007)	Minas Gerais/Brasil	Qualitativo, estudo de caso	Portadores de diabetes *mellitus*	Hospital
Pereira *et al.* (2007)	Rio Grande do Sul/Brasil	Qualitativo, relato de experiência	Mulheres	Unidade Básica de Saúde
Colosio *et al.* (2007)	São Paulo/Brasil	Quali-quantitativo, intervenção controlada	Homens que fazem sexo com homens	Centro de Testagem e Aconselhamento
Favoreto e Cabral (2009)	Rio de Janeiro/Brasil	Qualitativo com análise da narrativa	Portadores de doenças crônicas	Hospital
Almeida e Soares (2010)	Minas Gerais/Brasil	Qualitativo, etnográfico	Portadores de diabetes *mellitus*	Unidade Básica de Saúde
Figueroa, Guerra e Gallegos (2010)	Jalisco/México	Qualitativo, etnográfico	Mulheres	Comunidade
Cassol *et al.* (2012)	Rio Grande do Sul/Brasil	Qualitativo, descritivo	Usuários de álcool e outras drogas	Hospital
Jorge *et al.* (2012)	Goiás/Brasil	Qualitativo	Usuários de álcool e outras drogas	Centro de Apoio Psicossocial
Rotoli *et al.* (2012)	Rio Grande do Sul/Brasil	Qualitativo, relato de experiência	Usuários de álcool e outras drogas	Centro de Apoio Psicossocial
Lucchese *et al.* (2013)	Ceará/Brasil	Qualitativo, descritivo e exploratório	Usuários de tabaco	Unidade Básica de Saúde
Dutra e Correa (2015)	Minas Gerais/Brasil	Qualitativo, relato de experiência	Cuidadores de idosos	Unidade Básica de Saúde

Fonte: Elaboração própria.

A partir dos elementos do planejamento dos GO constatados nos estudos, referenciais teóricos, objetivos, temas, estratégias educativas e avaliações, foi construído um panorama, apresentado na *figura 2*, que mostra as possibilidades existentes para este conjunto de ações, que oportunizam o cuidado em grupos de usuários por profissionais da saúde.

Figura 2. Panorama do planejamento de grupo operativo para o cuidado de usuários de serviços de saúde, São Paulo (SP), 2016



Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao referencial teórico de GO, verificou-se a menção de cinco autores diferentes. O autor Pichon-Rivière (2009) foi referenciado nove vezes em sete estudos (ALMEIDA; SOARES, 2010; COLOSIO *ET AL.*, 2007; DUTRA; CORRÊA, 2015; FIGUEROA; GUERRA; GALLEGOS, 2010; LUCCHESE *ET AL.*, 2013; ROTOLI *ET AL.*, 2012; SOARES; FERRAZ, 2007); Osório (1986), três vezes em dois estudos (ALMEIDA; SOARES, 2010; SOARES; FERRAZ, 2007); Zimerman (2000) (CASSOL *ET AL.*, 2012; JARDIM *ET AL.*, 2007; PEREIRA *ET AL.*, 2007) e Gayotto (2003) (ALMEIDA; SOARES, 2010; LUCCHESE *ET AL.*, 2013; SOARES; FERRAZ, 2007) apareceram em três estudos; e Mello Filho (2011), em dois (CASSOL *ET AL.*, 2012; FAVORETO; CABRAL, 2012). Observou-se que os estudos que usaram Zimerman denominaram os grupos como 'grupo operativo de ensino-aprendizagem' e 'grupo operativo de reflexão'. Osório e Mello Filho foram utilizados nos estudos que desenvolveram grupos para o tratamento de doenças, especialmente o diabetes mellitus. Já Gayotto foi referência para a conceitualização e a avaliação dos GO.

De acordo com os objetivos propostos

para os grupos, dos 12 estudos analisados, foi observado que quatro tinham por intenção a promoção da saúde (DUTRA; CORRÊA, 2015; FIGUEROA; GUERRA; GALLEGOS, 2010; JARDIM *ET AL.*, 2007; PEREIRA *ET AL.*, 2007), sendo três deles do tipo estudo de caso/relato de experiência; dois, a prevenção de riscos e doenças (COLOSIO *ET AL.*, 2007; LUCCHESE *ET AL.*, 2013); e seis, o tratamento de cuidados específicos (ALMEIDA; SOARES, 2010; CASSOL *ET AL.*, 2012; FAVORETO; CABRAL, 2009; JORGE *ET AL.*, 2012; ROTOLI *ET AL.*, 2012; SOARES; FERRAZ, 2007). Destaca-se, nos objetivos dos grupos de prevenção e de tratamento, a presença da ressignificação, da possibilidade, do encontro de soluções, da construção de rede de cuidado e do fortalecimento do autocuidado e da autonomia.

Sobre as regras de organização para o alcance dos objetivos dos grupos, dos estudos que as apresentaram, o número de participantes por encontro variou de 5 a 25; o número de encontros por grupo, de 5 a 24; e a frequência dos encontros, entre semanal e mensal. Os profissionais coordenadores foram, na sua maioria, enfermeiros (LUCCHESE *ET AL.*, 2013; ROTOLI *ET AL.*, 2012; SOARES; FERRAZ), seguidos por psicólogos (COLOSIO *ET AL.*, 2007; DUTRA; CORRÊA, 2015), equipes multiprofissionais (incluindo enfermeiros, médicos, psicólogos e agentes comunitários de saúde) (FAVORETO; CABRAL, 2009; PEREIRA *ET AL.*, 2007) e profissionais de saúde mental (JORGE *ET AL.*, 2012), com ou sem a presença de profissional observador.

Para a concretização dos objetivos dos grupos, os profissionais da saúde e os participantes discutiram temas específicos, sendo que em cinco estudos esses foram definidos no decorrer dos encontros, de acordo com as necessidades dos participantes (DUTRA; CORRÊA, 2015; FAVORETO; CABRAL, 2009; FIGUEROA; GUERRA; GALLEGOS, 2010; JARDIM *ET AL.*, 2007; PEREIRA *ET AL.*, 2007); um deles, com o uso de tema gerador. Em três estudos, a definição dos temas foi anterior ao início do grupo, com o acordo entre todos (ALMEIDA; SOARES, 2010; ROTOLI *ET AL.*, 2012; SOARES; FERRAZ, 2007). E em um, os temas foram recomendados pelo programa ao qual o grupo pertencia, Programa Nacional de Controle do Tabagismo (LUCCHESE *ET AL.*, 2013). Destaca-se que, em todos os estudos de promoção da saúde, os temas foram construídos no decorrer da intervenção.

Um tema que se sobressaiu nos estudos foi a 'alimentação'. No estudo de Figueroa, Guerra e Gallegos (2010), ela era o centro da discussão, dado que a tarefa do grupo era trabalhar o consumo da alfafa, mas, devido à complexidade do tema, outras discussões foram incorporadas. Já nos estudos de Almeida e Soares (2010), Favoretto e Cabral (2009) e Lucchese e*t al.*, (2013), que tinham outros temas centrais, a 'alimentação' emergiu a partir dos participantes, sobretudo a dificuldade da mudança de hábito alimentar.

Para a discussão dos temas, cinco estudos mencionaram o emprego de estratégias educativas (ALMEIDA; SOARES, 2010; JARDIM *ET AL.*, 2007; PEREIRA *ET AL.*, 2007; ROTOLI *ET AL.*, 2012; SOARES; FERRAZ, 2007), como círculo, dinâmica, festa comemorativa, oficina, painel, folder, cartilha, atividade de alongamento, jogo e vídeo. Aponta-se que poucos estudos as descreveram, sendo que dos cinco estudos, quatro eram do tipo estudo de caso/relato de experiência, porém essa descrição foi feita de forma generalizada. Uma exceção a isso foi o estudo de Rotoli e*t al.* (2012), que apresentou as particularidades dos encontros, os temas e as estratégias educativas detalhadamente.

Em relação à avaliação dos grupos, de acordo com a intencionalidade, a observação do profissional da saúde foi o método mais aplicado. A observação do processo grupal foi realizada em oito estudos (ALMEIDA; SOARES, 2010; CASSOL *ET AL.*, 2012; DUTRA; CORRÊA, 2015; FIGUEROA; GUERRA; GALLEGOS, 2010; LUCCHESE *ET AL.*, 2013; PEREIRA *ET AL.*, 2007; ROTOLI *ET AL.*, 2012; SOARES; FERRAZ, 2007) e a observação individual (mãe-filha) em um (JARDIM *ET AL.*, 2007). Entrevista com os participantes pós-grupo foi realizada em três estudos (ALMEIDA; SOARES, 2010; CASSOL *ET AL.*, 2012; FAVORETO; CABRAL, 2009); aplicação de questionário pré e pós-grupo, em dois (COLOSIO *ET AL.*, 2007; LUCCHESE *ET AL.*, 2013); e grupo focal, em um (JORGE *ET AL.*, 2012). Salienta-se que os estudos de

promoção da saúde empregaram a observação; e os de prevenção e de tratamento, os outros métodos ou a associação entre eles. Para apoiar a avaliação do grupo, no sentido de registrar o acontecimento e analisar a intervenção, observou-se que três estudos utilizaram a elaboração de narrativa, seja individual ou grupal. Quando individual, o ponto de partida foi a entrevista (FAVORETO; CABRAL, 2009); e quando grupal, foi a observação (LUCCHESE *ET AL.*, 2013) ou o grupo focal (JORGE *ET AL.*, 2012).

Apesar de pouco presentes, averiguaram-se indicadores quantitativos e qualitativos de avaliação. O primeiro, por meio da avaliação de grau de dependência, de atitude e de conhecimento, provida pela aplicação de questionário pré e pós-grupo (COLOSIO *ET AL.*, 2007; LUCCHESE *ET AL.*, 2013). E o segundo, por meio de vetores de avaliação do GO aplicados a partir da observação do processo grupal (LUCCHESE *ET AL.*, 2013; SOARES; FERRAZ, 2007). Foi possível perceber que, quando o foco é o indivíduo, a avaliação tende a ser realizada por abordagens quantitativas, e quando o foco é o processo grupal, o uso de abordagens qualitativas é necessário.

Discussão

A teoria do GO, quando introduzida no Brasil, na década de 1970, foi majoritariamente instituída em três estados: Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul. O destaque do último estado, no presente estudo, pode ser consequência da existência de institutos de pesquisas sobre o autor Enrique Pichon-Rivière, até os dias atuais, diferentemente do que ocorre com os dois primeiros estados.

Verificou-se a relevância dos estudos do tipo estudo de caso/relato de experiência, que consistem em pesquisas profundas e exaustivas de um ou poucos objetos, de maneira que permitam seu amplo e detalhado conhecimento (GIL, 2007). Pode-se dizer que, com esses estudos, mesmo que descritos de forma generalizada, pesquisadores e/ou profissionais da saúde adquirem a possibilidade de reproduzir a intervenção ou de respaldar seus grupos, diferentemente do que acontece com os outros estudos aqui analisados.

A proeminência do cuidado de usuários portadores de doenças mentais, particularmente de usuários de álcool e outras drogas, dentro de serviços especializados é decorrência de a teoria ter sido elaborada por um psiquiatra e psicanalista, que a aplicou em grupos de pacientes de hospitais psiquiátricos. Por outro lado, como o GO é flexível para grupos que possuem vínculo e objetivo comum (PICHON-RIVIÈRE, 2009), percebe-se a ampliação de seu uso em relação à população e ao contexto, sendo que atualmente há um incentivo a este uso dentro dos serviços de saúde de atenção básica (BRASIL, 2014A, 2014B), o que tem contribuído para a ampliação aqui constatada.

O panorama do planejamento de GO evidencia que o autor criador da teoria é usado como referencial teórico, mas também mostra a presença de outros autores mais contemporâneos, talvez pelo fato de estes proverem uma leitura mais criativa e apresentarem a teoria direcionada para públicos específicos, como se vê no caso dos portadores de doenças crônicas. A configuração de grupos homogêneos é defendida, por exemplo, pelos autores Mello Filho (2007) e Osório (1986), que referem que a condição comum entre os participantes provoca identificação, união, suporte social e afirmação da individualidade, o que resulta em melhorias na saúde. Pichon-Rivière (2009) também argumenta esta vantagem em grupos homogêneos, mas, age da mesma forma em relação a grupos heterogêneos, aludindo que a diferença é enriquecedora para os participantes, pois eles podem ser com os outros sem terem que ser como os outros para serem aceitos.

Chamam a atenção os grupos denominados 'grupo operativo de ensino-aprendizagem' e 'grupo operativo de reflexão'. Zimerman (2000) justifica tal classificação pela importância da presença de reflexão dentro dos grupos, que possuem o propósito da informação e da formação. Por outro lado, percebe-se que a reflexão e

a aprendizagem são intrínsecas ao GO (PICHON-RIVIÈRE, 2009), não necessitando de ênfase. Observou-se que os estudos que referenciaram Gayotto (2003) foram os únicos que utilizaram os vetores de avaliação do GO, talvez pelo fato de a autora apresentar a teoria de maneira ampliada para contexto e população, diferentemente dos outros três autores, que enfatizaram o aspecto terapêutico da intervenção.

Sugere-se que o uso dos novos referenciais teóricos pode gerar mudanças positivas ou negativas na intervenção, a depender do objetivo do grupo. Porém, constatou-se que a teoria de Pichon-Rivière (2009) é favorável quando o grupo tem por intenção a transformação de conhecimentos, relações e identidades, tornando o autor um referencial teórico primordial no planejamento de grupos que buscam o cuidado integral, principalmente a promoção da saúde dos participantes.

Constatou-se, nos estudos analisados, que o GO pode ser utilizado na prevenção de riscos e doenças e no tratamento de cuidados específicos, em particular, nas doenças crônicas, que requerem mudanças de hábitos de vida e de cuidados contínuos. Logo, o GO é uma teoria que instiga mudanças, autocuidado e melhor convivência com a doença (ALMEIDA; SOARES, 2010; FAVORETO; CABRAL, 2009). Entretanto, destacou-se, nos estudos, o uso do GO na promoção da saúde associada à educação em saúde e à educação alimentar e nutricional, visto que, na área da saúde, essa associação é atual, apesar de o GO ter sido elaborado na década de 1940. Recentemente, Oliveira e*t al.* (2016), em um grupo de promoção da saúde de cuidadores de crianças deficientes, em uma UBS, confirmaram que a teoria é favorável para a educação em saúde, em virtude de estimular o processo de aprendizagem.

A promoção da saúde tem, entre seus objetivos, o estímulo da autonomia em saúde, transversalizada nas experiências cotidianas, singulares e subjetivas, que são potencializadas no conviver e no aprender com o outro. Assim, o GO é declarado como uma teoria promotora da saúde, mesmo quando se tem a intenção de tratar doenças (FAVORETO; CABRAL, 2009; JORGE *ET AL.*, 2012), como as doenças crônicas ou a dependência de álcool e outras drogas, e de prevenir riscos, como o tabagismo.

Vale ressaltar, ainda, que a Educação Alimentar e Nutricional (EAN), na tentativa de se prevenir e controlar os problemas alimentares e nutricionais contemporâneos, tem sido renomada como estratégia fundamental para a promoção da alimentação adequada e saudável e, portanto, da saúde (BRASIL, 2012). Ademais, a EAN vem se destacando nas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2012, 2014A, 2014B) e nas pesquisas que visam à promoção da saúde (BOTELHO *ET AL.*, 2016; ESTEVES; BENTO, 2015). Como exemplo disto, cita-se o estudo de Esteves e Bento (2015), que usou o GO para promover a alimentação materno infantil de um grupo de gestantes, em uma UBS, e notou aumento da segurança das participantes em suas escolhas alimentares, demostrando o êxito do GO nas questões que envolvem a EAN. O estudo citado não foi identificado na base de dados aqui utilizada, mas reforça os dados encontrados.

Em relação às regras de organização dos grupos, foi observada a existência de distintas possiblidades, sendo que essas dependerão do objetivo do grupo. No entanto, compreende-se que grupos pequenos, de 5 a 12 participantes, são os privilegiados com o uso da teoria, pois favorecem a reflexão e a criatividade (AFONSO, 2010). Realça-se a presença dos enfermeiros como coordenadores da ação, o que pode ser resultado da vivência deles como participantes de GO na formação acadêmica, conforme verificado por Correa, Melo e Souza e Saeki (2005), Moura e Caliri (2013) e Oliveira e Ciampone (2008), sendo a vivência um disparador de interesse em reproduzi-la nos serviços de saúde. Esta vivência pode ser inspiradora para a formação de outros profissionais, visto que a coordenação de GO também é atribuída a equipes multiprofissionais. Outra possibilidade é que a divulgação do conhecimento no âmbito da análise das práticas no campo da saúde mental ainda ocorra, preferencialmente, por meio de livros e de contatos pessoais, como

grupos de estudos e cursos de difusão, ou seja, não aconteça na base de dados adotada ou por meio de ensaios teóricos, excluídos neste estudo.

Na definição dos temas a serem discutidos nos grupos, verificam-se três possibilidades: definição a partir das necessidades, incluindo o uso de tema gerador; cronograma definido anteriormente, em relação ao início do grupo; e definição externa. Todavia, independentemente do caminho tomado, considera-se a inclusão das necessidades dos participantes um fator primordial no GO. Desta forma, mesmo na existência de um cronograma definido externamente ao serviço de saúde, é o profissional que levará tal inclusão no momento da ação, uma vez que a demanda das necessidades de saúde, dependente da percepção e da interpretação de todos os envolvidos, não segue uma lógica linear (AFONSO, 2010). Distingue-se o uso de tema gerador, conceito operacional da educação dialógica elaborada por Paulo Freire, que é um tema escolhido democraticamente entre todos e é condutor da reflexão (DUTRA; CORRÊA, 2015). Indica-se uma fusão positiva entre o GO e a educação dialógica, posto que haja entre eles uma reciprocidade e uma complementaridade do aprender e do ensinar (AFONSO; VIEIRA-SILVA; ABADE, 2009).

A 'alimentação' foi tema recorrente nos estudos, porém apareceu como um obstáculo para as mudanças de hábitos. Dado que trabalhar a alimentação envolve dimensões no campo da cognição, da percepção, do afeto, das relações e das habilidades pessoais (BOOG, 2013), relacionar a EAN e o GO dentro de um grupo específico de alimentação e nutrição pode ser propício para superar tal obstáculo.

Os temas, em alguns dos estudos, foram tratados com o emprego de estratégias educativas, as quais são técnicas que favorecem a sensibilização, a expressão e a comunicação, consideradas táticas eficientes de aprendizagem (AFONSO, 2010). Contudo, poucos estudos as descrevem, ou por elas não serem necessárias ou por não serem valorizadas no desenvolvimento de GO, ao contrário do que acontece nos grupos educativos encontrados nos serviços de saúde, nos quais profissionais preocupam-se mais com as estratégias educativas do que com a teoria grupal, perfazendo, muitas vezes, uma participação limitada dos usuários (BOTELHO *ET AL.*, 2016).

Na avaliação dos grupos, a observação dos profissionais como método de avaliação da intervenção foi o mais empregado. A observação é uma análise do coordenador ou do observador, a partir das ações dos participantes, fundamentada nos referenciais teóricos do avaliador. Já a entrevista ou a aplicação de questionário ou o grupo focal são métodos de análise dos participantes sobre a vivência no grupo. Todos são propícios para a avaliação de um GO, mas adquirem maior magnitude quando realizados em conjunto, pois expressam o olhar do profissional e a vivência do participante. Além disto, a relação entre, por exemplo, observação e entrevista permite analisar não somente o processo grupal, mas também o acompanhamento individual, uma vez que, segundo Pichon-Rivière (2009), dentro de um grupo, os participantes possuem um duplo investimento: buscam o reconhecimento pela igualdade grupal e o prestígio como indivíduo.

Notou-se uma lógica entre os métodos e indicadores utilizados e os objetivos dos grupos: os que tinham a intencionalidade de prevenir riscos e doenças foram avaliados por indicadores individuais de atitudes e de conhecimentos, enquanto os de tratamento utilizaram narrativas – individuais ou grupais – para avaliar a ressignificação do cuidado. Entretanto, o fato de poucos estudos utilizarem indicadores de avaliação permite afirmar que há uma fragilidade na avaliação dos GO dentro dos serviços de saúde. Isto é consequência, possivelmente, da incorporação de indicadores quantitativos na prática dos profissionais da saúde, os quais são insuficientes para delinear a avaliação do processo de aprendizagem dos GO. Em alternativa, essa avaliação tem

sido retratada por pesquisas de abordagem qualitativa, nas quais profissionais e, principalmente, usuários expressam seus sentimentos, pensamentos e opiniões, que podem fomentar o planejamento dos GO, substancializando os indicadores qualitativos. Assinala-se que esses indicadores, no que se refere aos indivíduos, podem ser representados pelos níveis de empoderamento e de autonomia em saúde, que envolvem, de acordo com Bravo e*t al*. (2016), conhecimento, atitude, habilidade, autopercepção, autocuidado, decisão compartilhada, qualidade de vida, bem-estar/satisfação com a vida etc.

Conclusões

A revisão possibilitou a construção de um panorama de planejamento de GO, que poderá auxiliar os profissionais da saúde na tomada de decisões quanto ao planejamento de seus grupos. A escolha do uso da teoria pelo profissional ou pelo serviço requer a adoção de referenciais teóricos. Nesse sentido, apurou-se o uso de referenciais mais contemporâneos do que os de Pichon-Rivière, o que poderá viabilizar uma flexibilização do uso do GO. Em contrapartida, o uso desses referenciais também pode distanciar a intervenção da essência da teoria, dado que apenas dois estudos utilizaram seus vetores de avaliação. A transformação do conhecimento é frutífera, mas compreende-se que a combinação entre o originário e a variação é essencial para o desenvolvimento de grupos que almejam a construção do vínculo, do protagonismo e da autonomia em saúde dos participantes.

Os elementos do planejamento dos GO foram identificados nos estudos analisados, e foi nos grupos de prevenção e de tratamento que eles apresentaram melhor estrutura, pois se trata de uma atenção consolidada na área da saúde. A promoção da saúde vem ganhando destaque mais recentemente, além de envolver uma multiplicidade de fatores que não se limitam aos serviços e profissionais da saúde, o que dificulta planejar suas ações. Nesta lógica, sugere-se aos profissionais, coordenadores de GO promotores da saúde, que planejem seus grupos com base nas necessidades de saúde, a partir de um diagnóstico de saúde dos participantes ou do território de atuação, reforçado pela discussão com outros profissionais e pelos conhecimentos e experiências prévios, avaliando-os constantemente por meio dos vetores de avaliação do GO e dos níveis de empoderamento e autonomia em saúde.

Por fim, espera-se que este estudo possa ser um estímulo, juntamente com a implementação da Política Nacional da Promoção da Saúde, ao desenvolvimento e à publicação de outros estudos para a consolidação da teoria do GO no âmbito das políticas públicas atuais de saúde, com ênfase na promoção da saúde.

Colaboradores

VINCHA, K. R. R. contribui na concepção da pesquisa, na análise e interpretação dos dados e na redação do manuscrito. SANTOS, A. de F. contribuiu na coleta de dados, na análise dos dados e na redação do manuscrito. CERVATO-MANCUSO, A. M. contribuiu na concepção da pesquisa, na análise e interpretação dos dados e na aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela concessão de bolsa de doutorado à autora Vincha, K. R. R. E ao Programa Unificado de Bolsas de Estudo para Estudantes de Graduação (PUB) da Universidade de São Paulo pela concessão de bolsa à autora Santos, A. F. ■

Referências

AFONSO, M. L. M. Como construir uma proposta de oficina. In: AFONSO, M. L. M. (Org.). *Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 133-230.

AFONSO, M. L. M.; COUTINHO, A. R. A. Metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde. In: AFONSO, M. L. M. (Org.). *Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 59-83.

AFONSO, M. L. M.; VIEIRA-SILVA, M.; ABADE, F. L. O processo grupal e a educação de jovens e adultos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 4, p. 707-715, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722009000400011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 fev. 2017.

ALMEIDA, S. P.; SOARES, S. M. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1123-1132, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700020&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 fev. 2017.

BOOG, M. C. F. *Educação em Nutrição:* integrando experiências. Campinas: Komedi, 2013.

BOTELHO, F. C. *et al*. Estratégias pedagógicas em grupos com o tema alimentação e nutrição: os bastidores do processo de escolha. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1889-1898, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700020&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:* obesidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.ideiasnamesa.unb.br/files/marco_EAN_visualizacao.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.

BRAVO, P. *et al*. Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, Londres, v. 15, n. 252, p. 1-14, dez. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4488113/>. Acesso em: 2 fev. 2017.

BUFREM, L.; PRATES, Y. O saber científico registrado e as práticas de mensuração da informação. *Ciência da Informação*, Brasília, DF, v. 34, n. 2, p. 9-25, ago. 2005. Disponível em: <http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/1086>. Acesso em: 2 fev. 2017.

CASSOL, P. B. *et al*. Tratamento em um grupo operativo em saúde: percepção dos usuários de álcool e outras drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 132-138, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100018>. Acesso em: 2 fev. 2017.

CASTANHO, P. Uma introdução aos grupos operativos: teoria e técnica. *Vínculo*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 47-60, jun. 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis

&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=693531&indexSearch=ID>. Acesso em: 2 fev. 2017.

CERVATO-MANCUSO, A. M. Elaboração de um programa de educação nutricional. In: DIEZ-GARCIA; CERVATO-MANCUSO (Org.). *Mudanças alimentares e educação nutricional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 187-197.

COLOSIO, R. *et al*. Prevenção de infecção pelo HIV por intermédio da utilização do grupo operativo entre homens que fazem sexo com homens, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 949-959, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102--311X2007000400022&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 fev. 2017.

CORREA, A. K.; MELLO E SOUZA, C. B.; SAEKI, T. Transição para o exercício profissional em enfermagem: uma experiência em grupo operativo. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 421-428, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452005000300010>. Acesso em: 2 fev. 2017.

DUTRA, W. H.; CORREA, R. M. O Grupo Operativo como Instrumento Terapêutico-Pedagógico de Promoção à Saúde Mental no Trabalho. *Psicologia:* Ciência e Profissão, Brasília, v. 35, n. 2, p. 515-527, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932015000200515&script=sci_abstract>. Acesso em: 2 fev. 2017.

ESTEVES, J. M. M.; BENTO, I. C. Promoção da alimentação materno e infantil em um grupo operativo de gestantes. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v. 18, n. 2, p. 213-219, abr./jun. 2015. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/2290/880>. Acesso em: 2 fev. 2017.

FAVORETO, C. A. O.; CABRAL, C. C. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface*: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 7-18, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000100002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 fev. 2017.

FERREIRA NETO, J. L.; KIND, L. *Promoção da Saúde*: Práticas Grupais na Estratégia Saúde da Família. Belo Horizonte: Fapeming, 2011.

FIGUEROA, I. A. V.; GUERRA, J. G.; GALLEGOS, N. G. Proceso de grupo durante la realización de un proyecto educativo nutricional comunitario. *Revista Cubana de Salud Pública*, Ciudad de La Habana, v. 36, n. 2, p. 148-155, maio/jun. 2010. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200008>. Acesso em: 2 fev. 2017.

GAYOTTO, M. L. C. Avaliando o desempenho grupal. In: GAYOTTO, M. L. C. *et al*. (Org.). *Liderança II:* aprenda a coordenar grupos. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 185-219.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

JARDIM, F. C. *et al*. Intervenção psicoterápica de grupo com pais e bebês: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 321-323, set./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000300012>. Acesso em: 2 fev. 2017.

JORGE, M. S. B. *et al*. Experiências com a gestão autônoma da medicação: narrativa de usuários de saúde mental no encontro dos grupos focais em centros de atenção psicossocial. *Physis:* Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1543-1561, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312012000400015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 fev. 2017.

LUCCHESE, R. *et al*. A tecnologia de grupo operativo aplicada num programa de controle do tabagismo. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 918-926, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/07.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.

MELLO FILHO, J. *Grupo e corpo*: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

MELO, L. P. Análise biopolítica do discurso oficial sobre educação em saúde para pacientes diabéticos no Brasil. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1216-1225, dez. 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/76514/80261>. Acesso em: 2 fev. 2017.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 124-130, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-124.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.

MOURA, E. C. C.; CALIRI, M. H. L. Simulação para desenvolvimento da competência clínica de avaliação de risco para úlcera por pressão. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 369-375, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400011>. Acesso em: 2 fev. 2017.

OLIVEIRA, D. M. *et al*. O grupo operativo como instrumentos de aprendizagem do cuidado por mães de filhos com deficiência. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1-7, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300221&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 fev. 2017.

OLIVEIRA, R. A.; CIAMPONE, M. H. T. Qualidade de vida de estudantes de enfermagem: a construção de um processo e intervenções. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 57-65, mar. 2008. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:86O1QVylvz8J:www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/41706/45319+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 2 fev. 2017.

OSÓRIO, L. C. *Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artes Médias, 1986.

PEREIRA, Q. L. C. *et al*. Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 320-325, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a16v16n2>. Acesso em: 2 fev. 2017.

PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

ROTOLI, A. *et al*. Grupos operativos: Estrategia para el cuidado de enfermería en un centro de atención psicosocial. *Index de Enfermería*, Granada, v. 21, n. 4, p. 229-233, out./dez. 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300011>. Acesso em: 2 fev. 2017.

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 52-57, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a07.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.

VINCHA, K. R. R. *et al*. Grupos de educação nutricional em dois contextos da América Latina: São Paulo e Bogotá. *Interface:* Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 507-520, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000300507&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 fev. 2017.

ZIMERMAN, D. E. *Fundamentos básicos das grupoterapia*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Recebido para publicação em março de 2017
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso

Mission and effectiveness of Outdoor Clinics (Consultórios na Rua): an experience of consensus production

Tatiana do Rego de Bonis Almeida Simões[1], Maria Cristina Ventura Couto[2], Lilian Miranda[3], Pedro Gabriel Godinho Delgado[4]

[1] Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Psiquiatria (Ipub), Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial e Núcleo de Pesquisa de Políticas Públicas em Saúde Mental (NUPPSAM) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *tatianasimoes29@gmail.com*

[2] Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Psiquiatria (Ipub), Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial e Núcleo de Pesquisa de Políticas Públicas em Saúde Mental (NUPPSAM) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *cris.ventura13@yahoo.com.br*

[3] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Psiquiatria (Ipub), Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), Mestrado em Psicologia – Seropédica (RJ), Brasil. *limiranda78@hotmail.com*

[4] Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Psiquiatria (Ipub), Núcleo de Pesquisa de Políticas Públicas em Saúde Mental (NUPPSAM) e Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *p.g.godinhodelgado@gmail.com*

RESUMO Este é um relato da experiência de uma Oficina realizada com profissionais de Consultórios na Rua do estado do Rio de Janeiro, que inclui a apresentação do cotidiano do trabalho, discussão acerca da efetividade do cuidado oferecido e construção de consenso por meio da Técnica Delphi. A Oficina concluiu que o Consultório na Rua é um facilitador da chegada dos usuários à Atenção Básica, que o uso da redução de danos é comum a todos os serviços desse tipo, e que há algum grau de integração dos Consultórios na Rua com a saúde, a saúde mental e o intersetor, sendo essa integração, mesmo problemática, fundamental para o trabalho.

PALAVRAS-CHAVE Pessoas em situação de rua. Usuários de drogas. Saúde mental. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *This is an experience report about a Workshop carried out by professionals working in Outdoor Clinics ('Consultórios na Rua') in Rio de Janeiro, including the presentation of day-to-day work, discussion about the effectiveness of the offered health care and construction of consensus through the Delphi Technic. The Workshop concluded that the Outdoor Clinic is a facilitator of the arrival of users in Primary Care, that use of harm reduction is a standard practice in all services of this kind, and that there is a certain degree of integration of the Outdoor Clinics with health, mental health and the intersector, and this integration, even problematic, is essential to the work.*

KEYWORDS *Homeless persons. Drug users. Mental health. Primary Health Care.*

Introdução

O uso abusivo de substâncias psicoativas, que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), atinge cerca de 10% das populações em centros urbanos no mundo, com graves prejuízos sanitários e sociais (BRASIL, 2004), torna-se no Brasil ainda mais grave devido às limitações da assistência aos usuários e à situação de vulnerabilidade social observada em alguns contextos urbanos. Esse prejuízo assistencial se deve ao fato de que, ao longo de muitos anos, a questão do uso abusivo e/ou dependência foi abordada por uma ótica predominantemente moral, judiciária e institucionalizante, que não levava em conta seus determinantes sociais, psicológicos, econômicos e políticos.

Quando o Ministério da Saúde (MS), seguindo as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, publicou, em 2004, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, o uso abusivo de substâncias psicoativas passou a constituir-se formalmente em um problema de saúde pública. Com o objetivo de lidar com o aumento progressivo do uso de *crack* entre as populações vulneráveis e em situação de rua, a política pública estabeleceu o compromisso de enfrentar essa situação a partir da integração social, produção de autonomia dos usuários e construção de novas redes de cuidado qualificadas. Para tanto, entre outros atos, em 2009-2010, publicou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (Pead) no Sistema Único de Saúde (SUS) e o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas (Piec). Estes dois planos de ação passaram a intervir nas causas e efeitos do consumo prejudicial, levando em consideração a vulnerabilidade social dessa população, acrescida das carências no campo da saúde, educação e segurança pública (BRASIL, 2009).

O Pead e o Piec tiveram o desafio de propor práticas que avançassem no cuidado para uma população preterida da assistência em saúde e sofrendo os efeitos da exclusão que o uso de *crack* pode ocasionar. O Consultório de Rua (CR) foi proposto e implementado inicialmente como estratégia pelo Pead, inspirado em projeto-piloto desenvolvido pela Universidade Federal da Bahia, em Salvador, e manteve-se como proposta no Piec. Seu objetivo era o de ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas, especialmente os segmentos mais vulneráveis e consumidores de *crack*, sempre por meio de ações na rua.

A escolha de ocupar as ruas para a assistência desses usuários vem, segundo Oliveira (2009), da percepção de que, com a chegada do *crack* nos anos 1990, o uso de drogas neste espaço tomou uma dimensão ainda mais grave, com aumento da exclusão social e dos cuidados de saúde, exigindo dos gestores que criassem alternativas para essa população. O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) indicou o aumento no consumo de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua maior do que o observado em crianças e adolescentes que frequentam a escola (NOTO *ET AL.*, 2003). Já um estudo organizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) verificou que uma parcela expressiva dos usuários de *crack* encontrados nas cenas de uso nos centros urbanos está em situação de rua (cerca de 40%). São grupos que vivem em contextos socioeconômicos desfavoráveis e em más condições de saúde (BASTOS; BERTONI, 2014), o que reafirma a importância de uma política para essa população específica. Sendo assim, o CR, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e dos padrões de consumo dessa população, propõe que o profissional de saúde vá ao usuário onde quer que ele esteja, levando às últimas consequências os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, por meio das ações de redução de danos e de intersetorialidade.

Na continuidade da discussão a respeito da promoção da saúde para a população que vive em situação de rua, o MS reconheceu a argumentação de que existem outras necessidades além da atenção ao uso abusivo do álcool e outras drogas, e propôs, em 2011, a junção entre o programa CR (equipe itinerante com foco na saúde mental) e o programa Estratégia Saúde da Família Sem Domicílio (ESF com equipes específicas para atenção integral à saúde da população em situação de rua). Dessa forma, as equipes de CR foram desvinculadas da rede de atenção integral em álcool e outras drogas, e o Consultório na Rua (CnR) foi integrado às equipes de Atenção Básica (AB) como uma ação para populações específicas, descrito na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Com essa mudança, a Atenção Primária à Saúde passou a contar com uma equipe flexível e adaptável à realidade de quem vive na rua e usa álcool e outras drogas (TEIXEIRA; FONSECA, 2015), com o objetivo de incluir esses usuários nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF), principal porta de entrada do sistema, que tem a atribuição de ser resolutiva perante demandas diversas (BRASIL, 2011).

Por ser um dispositivo ainda novo, mas com grande potencial para acessar uma população até então marginalizada e excluída das políticas públicas, verificou-se grande interesse dos gestores e profissionais de saúde em sua implantação e funcionamento. Contudo, ainda são poucas as produções acadêmicas que sistematizam um saber acerca do CnR, e raros os estudos que verificam sua efetividade, inclusive no que se refere à assistência aos usuários de álcool e outras drogas que vivem nessa situação, caracterizando uma lacuna importante na produção de conhecimento no campo da atenção psicossocial (DELGADO, 2015). O fato de este dispositivo fazer parte da Política Nacional de Atenção Básica desde 2011 foi comemorado pelos gestores da saúde, pelos movimentos sociais de população em situação de rua e também pelos profissionais, como uma forma de essa população deixar de ser invisível aos olhos da saúde, porém os efeitos dessa mudança ainda não foram verificados.

Sendo assim, uma Oficina de caráter exploratório para o conhecimento dos CnR do estado do Rio de Janeiro foi proposta por um grupo de pesquisa sobre políticas públicas de saúde mental de uma universidade pública do Rio de Janeiro. Também era objetivo dessa Oficina a construção de um consenso sobre a função/missão desse dispositivo, o uso da redução de danos como estratégia de trabalho e as articulações/parcerias desenvolvidas com a própria AB, com a saúde mental e com os recursos intersetoriais.

Configurado na modalidade Relato de Experiência, o presente artigo tem como objetivo apresentar e analisar essa Oficina, bem como explicitar as principais discussões e encaminhamentos dela provindos. Trata-se de um estudo exploratório, de metodologia qualitativa, que deu subsídio para um projeto de pesquisa submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o parecer 1.287.934. Serão destacadas as principais características de alguns CnR e temáticas abordadas, tal qual apresentadas pelos profissionais que os compõem, e os resultados advindos do consenso realizado por intermédio da Técnica Delphi sobre alguns temas previamente escolhidos.

Metodologia

A Oficina de consenso foi realizada em novembro de 2014, e, para ela, foram convidados os treze CnR em funcionamento naquele período em oito municípios do estado do Rio de Janeiro. Dividida em duas partes, contou com o relato de experiência de três CnR, seguido de debate cuja pergunta disparadora foi: *"Os Consultórios na Rua são efetivos no acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas?"*. A discussão seguiu livremente, sem qualquer interferência, tratando

de temas diversos. Os participantes, apesar de já terem experiência acumulada com pessoas em situação de uso, expressaram suas opiniões, mas também questionaram o sentido do que fazem e quais seriam as estratégias de cuidado mais potentes. Essa primeira parte foi aberta ao público, contando com a presença dos profissionais de oito CnR, estudantes e gestores municipais e estaduais. Por meio da análise do conteúdo do material, feita segundo Bardin (2011), os pesquisadores identificaram quatro temas que incluíam as principais questões discutidas, e que serão apresentados nos resultados.

Na segunda parte, restrita apenas aos profissionais dos CnR, houve uma Oficina de consenso com aplicação da Técnica Delphi – uma Técnica de Grupo Nominal (TGN) que permite sintetizar informações a fim de obter consensos entre especialistas sobre critérios, programas de formação e medidas de melhoria (DESLANDES; LEMOS, 2008), constituindo um método quantiqualitativo com objetivo de obter uma opinião coletiva e qualificada sobre questões complexas. O grupo selecionado para tratá-las é considerado como tendo uma expertise no tema, seja ela acadêmica ou prática (PIOLA; VIANNA; VIVAS-CONSUELO, 2002).

Aos participantes foi explicado que se utilizaria uma Técnica de Consenso com o objetivo de verificar características comuns em suas experiências de trabalho. Todos assinaram o Termo de Livre Concordância de Participação e, em seguida, foram apresentadas, uma de cada vez, três perguntas que deveriam ser respondidas individualmente. Havia uma equipe de retaguarda que consolidava as respostas, juntava as que eram semelhantes, sistematizava as restantes e devolviam-nas ao grupo para que este pudesse voltar a trabalhar sobre elas, chegando a um consenso sobre aspectos mais gerais do dispositivo.

As perguntas foram previamente escolhidas com a intenção de obter uma descrição primária do CnR a partir de indicadores que expressassem sua missão, recursos existentes e condições organizacionais da equipe. A primeira delas foi: quais são, em sua opinião, as cinco principais funções do Consultório na Rua? Para esta pergunta, foram recolhidas inicialmente 70 respostas individuais que, depois de aglutinadas e discutidas pelo grupo, transformaram-se em 16. A segunda pergunta foi: em sua opinião, o seu Consultório na Rua utiliza a estratégia de redução de danos? Se sim, dê dois exemplos de ações de redução de danos realizadas por vocês. A última questão investigava as relações e parcerias estabelecidas para o trabalho por meio de uma pergunta subdividida em três: 3.1) O seu Consultório na Rua se articula ou desenvolve um trabalho em parceria com outros dispositivos da AB (Clínica da Família, Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro Municipal de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família)? Se respondeu sim, como você avalia este trabalho conjunto? I) Fraco, II) Regular, III) Bom, IV) Excelente; 3.2) O seu Consultório na Rua se articula ou desenvolve um trabalho em parceria com os dispositivos de saúde mental (Caps – Centro de Atenção Psicossocial, Ambulatório de Saúde Mental, Centro de Convivência, Unidade de Acolhimento)? Se respondeu sim, como você avalia este trabalho conjunto? I) Fraco, II) Regular, III) Bom, IV) Excelente; 3.3) O seu Consultório na Rua se articula ou desenvolve um trabalho em parceria com outros dispositivos do intersetor (Assistência Social, Educação, Cultura, Esporte e Justiça)? Se respondeu sim, como você avalia este trabalho conjunto? I) Fraco, II) Regular, III) Bom, IV) Excelente.

Resultados

Os relatos de experiência

Os três Consultórios convidados para relatar suas experiências apresentaram características em comum, tais como o fato de

terem iniciado seu funcionamento como CR, vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) e contando com redutores de danos em suas equipes. Quando foram integrados à AB, transformaram-se em CnR e passaram a contar com agentes sociais no lugar dos redutores de danos. Suas condições de trabalho foram melhoradas, dispuseram de mais recursos e de um carro para o deslocamento da equipe. Dois desses consultórios tornaram-se do tipo III, ou seja, com no mínimo seis profissionais e um médico, e passaram a ter suas sedes em uma UBS e em uma Clínica da Família. Já o terceiro deles foi do tipo II, também com seis profissionais, mas sem a presença do médico na equipe, com sede própria. Como pontos comuns entre todos, foram registrados: o trabalho com a população encontrada na rua em situação de vulnerabilidade, com profissionais do sexo e travestis, bem como com pessoas abrigadas em dispositivos da assistência social, a realização das atividades em horários variados e em diferentes lugares, de acordo com o deslocamento da clientela assistida, e o fato de todos os profissionais, com exceção do funcionário administrativo, irem a campo. Além disso, os três consultórios distribuíam diferentes insumos de acordo com a realidade e o trabalho realizado em cada município.

A articulação intersetorial foi considerada fundamental pelos profissionais. Todos realizavam atividades culturais e lúdicas no território, utilizadas como um facilitador para a criação de vínculo, principalmente com as crianças. Quando em campo, realizavam, ainda, coleta de escarro, baciloscopia e eram atentos às doenças infectocontagiosas mais prevalentes nas populações vulneráveis. Além disso, compartilhavam a dificuldade da continuidade do acompanhamento, uma vez que a população em causa é móvel, de grande circulação e pouca adesão, fazendo com que a locomoção e as intervenções das equipes precisem ser constantemente discutidas.

Como desafio, apresentaram o trabalho com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), no que diz respeito às remoções dos usuários, às articulações com o intersetor e às dificuldades no dia a dia com a Atenção Básica à Saúde (ABS).

O debate

MISSÃO E FUNÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA

Os profissionais consideraram o CnR um facilitador da chegada dos usuários em situação de vulnerabilidade aos serviços da ABS, ao mesmo tempo que identificaram um fracasso nesta função, na medida em que tais serviços têm dificultado o acesso dessa população. Levantou-se a questão da capacitação das equipes como forma de viabilizar o trabalho, mas também o fato de que não há uma formação especializada para o acolhimento a populações vulneráveis, mas sim uma e*xpertise* que se adquire no dia a dia. Uma solução, portanto, seria a intensificação do trabalho em parceria.

O CnR foi avaliado como um avanço em termos de políticas públicas de saúde porque diminuiu a invisibilidade da população em situação de vulnerabilidade, ampliando os cuidados oferecidos a ela. Por outro lado, também foi afirmado o CnR como um 'subSUS' para aqueles que não conseguem acessar os serviços públicos de saúde, podendo representar, assim, um retrocesso na política. Sobre isso, discutiu-se a necessidade de trabalhar a autonomia dos usuários para circular pelos dispositivos de saúde, evitando práticas de cunho tutelar, e a necessidade de que os serviços criem vagas para essa população que não tem documento ou moradia fixa.

Por fim, os gestores presentes afirmaram que o CnR é um dispositivo polêmico, ainda em construção, amparado pelo Movimento Nacional de População em Situação de Rua, mas do qual poderá se prescindir 'quando o SUS for, de fato, universal'.

ESTRATÉGIAS DE TRABALHO

Os profissionais destacaram o matriciamento, a atenção psicossocial e a redução de danos como estratégias que orientam o trabalho em equipe, a relação com a rede de saúde e intersetorial e a forma de abordagem dos usuários, indicando que alguns CnR escolhem uma dessas estratégias como prioritária.

O matriciamento foi definido como uma sensibilização do território para os problemas daquele que nele circula, realizado nas reuniões com os serviços, procurando implicar outros profissionais no cuidado, já que o CnR não pode ser responsável por todas as demandas da população de rua. A atenção psicossocial foi associada a uma maneira de acompanhar os usuários a partir de discussões de caso com os serviços, construindo estratégias conjuntas de cuidado. A redução de danos foi relacionada com o trabalho i*n loco,* com a abordagem e tratamento realizados na rua, incluindo as questões de saúde e do uso abusivo de drogas.

AS CENAS DE USO

Os profissionais levantaram questões sobre modos de cuidar nesses espaços e sobre as pessoas que os habitam. Defenderam que as ações de cuidado devem considerar o contexto sociopolítico e cultural de cada território, e a percepção dos próprios usuários sobre o lugar em que vivem e o uso que fazem dele.

O TRABALHO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Foi destacado que o projeto original do CR incluía prioritariamente crianças e adolescentes, que hoje são pouco assistidos em função da dificuldade de acessá-los no território. Ao mesmo tempo, foram levantadas questões sobre o tipo de trabalho e de redução de danos mais apropriado para essa clientela, apontando as atividades lúdicas e esportivas como estratégias possíveis.

Por fim, registrou-se que a invisibilidade do trabalho com crianças e adolescentes favorece as ações de recolhimento compulsório, desenvolvidas pela assistência social. Entretanto, apesar de esta ser uma questão complexa, que exige uma discussão aprofundada do setor saúde, não foi tomada como objeto privilegiado de debate pelos participantes.

A Oficina com a Técnica Delphi

Na primeira questão apresentada, e após discussão, consolidaram-se 16 respostas que não foram listadas por ordem de importância. O resultado sobre a missão/função do CnR girou, em sua maioria, em torno dos direitos, ressocialização, estigma e visibilidade da população atendida, e respostas que diziam respeito ao acesso ao cuidado, seja nos serviços ou na própria rua, incluindo ações de promoção, prevenção e redução de danos à saúde.

Quadro 1. As principais funções do Consultório na Rua segundo os participantes da Oficina

1 – Resgatar a cidadania e garantir os direitos da população em situação de rua
2 – Ressocializar a população em situação de rua
3 – Entender a dinâmica de vida da população em situação de rua
4 – Garantir o acesso da população em situação de rua ao SUS
5 – Empoderar os usuários
6 – Realizar um trabalho específico e não especializado
7 – Promover o cuidado à população em situação de rua a partir da equidade
8 – Ser porta de entrada para a saúde

Quadro 1. (cont.)

9 – Trabalhar a partir da política de redução de danos
10 – Tratar na rua aqueles que não conseguem chegar às unidades de saúde
11 – Promover ações de saúde locais para aqueles que não chegam aos serviços
12 – Estabelecer vínculos respeitosos com os usuários a partir da escuta e do acolhimento
13 – Promoção e prevenção da saúde
14 – Oferecer atendimento clínico e em saúde mental
15 – Fazer articulações com o intersetor
16 – Dar visibilidade à população em situação de rua diminuindo seu estigma

Fonte: Elaboração própria.

No que diz respeito à segunda pergunta, concluiu-se que todos os serviços ali representados realizavam ações de redução de danos e discutiu-se mais detidamente um exemplo de substituição do *crack* por maconha em caso de tuberculose e uma solicitação da equipe para que o comércio local não vendesse *thinner* para os usuários.

Quadro 2. O uso da redução de danos segundo os participantes da Oficina

Seu CnR utiliza a estratégia de redução de danos?		
Sim	Não	Não informou
13	0	1
Se sim, dê dois exemplos de ações de redução de danos realizadas por vocês.		
- distribuição de insumos como preservativos e protetores labiais		
- orientação quanto ao uso de substâncias		
- vacinação		
- complementação alimentar calórica		
- elaboração e execução de atividades em grupo com orientação para a população em situação de rua		
- distribuição de cachimbos (realizada por apenas um participante)		

Fonte: Elaboração própria.

Na discussão da terceira pergunta ressaltou-se, por unanimidade, a necessidade de algum grau de integração entre a saúde, a saúde mental e o intersetor, para o desenvolvimento do trabalho. Foi destacado, ainda, em relação à AB, o fato de o CnR ser um de seus dispositivos e mesmo assim não estar garantido o trabalho conjunto, e a hipótese de que se a AB trabalhasse bem com essa população não haveria função ou lugar para o CnR. Discutiu-se, sem chegar a um consenso, se a função do CnR seria a de construir uma articulação tão eficaz com a AB que o próprio CnR pudesse futuramente prescindir de sua existência.

Com relação à saúde mental, a percepção

foi de uma articulação consistente com o CnR, fato associado à própria história desse dispositivo que, na origem, foi vinculado aos Caps. Além disso, um profissional ressaltou que a saúde mental sempre lidou com uma população 'marginal', usuários em situações diversas de vulnerabilidade e fora dos padrões preestabelecidos de sociabilidade.

Já sobre a articulação com os intersetores, a avaliação 'fraco' foi significativa, apontando uma aparente contradição: a intersetorialidade era considerada fundamental para o trabalho, mas não executada. Contudo, o setor da assistência social foi destacado dos outros porque, mesmo com divergências na direção de trabalho, como no caso do recolhimento compulsório, indicava abertura para a discussão. Com relação à justiça, foi afirmada a enorme dificuldade de articulação; e com a Educação, a inexistência de diálogo. Com relação à Cultura, o registro foi o de 'nenhuma receptividade'.

Quadro 3. A relação com a Atenção Básica à Saúde, com a saúde mental e com o intersetor segundo os participantes da Oficina

3.1) O seu Consultório na Rua se articula ou desenvolve um trabalho em parceria com outros dispositivos da atenção básica (Clínica da Família, Unidade Básica de Saúde, Centro Municipal de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família)?			
Sim		Não	
14		0	
Se respondeu sim, como você avalia este trabalho conjunto?			
Fraco	Regular	Bom	Excelente
3	3	8	0
3.2) O seu Consultório na Rua se articula ou desenvolve um trabalho em parceria com os dispositivos de saúde mental (Caps – Centro de Atenção Psicossocial, Ambulatório de Saúde Mental, Centro de Convivência, Unidade de Acolhimento)?			
Sim		Não	
14		0	
Se respondeu sim, como você avalia este trabalho conjunto?			
Fraco	Regular	Bom	Excelente
0	4	8	2
3.3) O seu Consultório na Rua se articula ou desenvolve um trabalho em parceria com outros dispositivos do intersetor (Assistência Social, Educação, Cultura, Esporte e Justiça)?			
Sim		Não	
14		0	
Se respondeu sim, como você avalia este trabalho conjunto?			
Fraco	Regular	Bom	Excelente
7	4	3	0

Fonte: Elaboração própria.

Discussão e considerações finais

Sabe-se que a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras drogas (BRASIL, 2004) foi formulada a partir de um modelo de atenção em saúde mental cada vez mais diversificado e de base comunitária. Essa política adotou os Caps AD como equipamentos de saúde fundamentais para o tratamento dos usuários de drogas porque, além de serem flexíveis e abertos, são articuladores de outros recursos da comunidade e promotores de ações intersetoriais, possibilitando ao usuário melhor inserção/integração em seu ambiente. Também indicou o modelo da redução de danos "como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada" (BRASIL, 2004, P. 24).

No entanto, as vulnerabilidades associadas ao consumo de *crack,* como degradação física e psicológica, violência, marginalização e rompimento dos laços afetivos dificultam o acesso aos serviços de saúde (RAMIRO; PADOVANI; TUCCI, 2014; RODRIGUES *ET AL.,* 2012). Da mesma forma, a falta de estrutura familiar, de escolaridade e de ocupação também diminuem a adesão ao tratamento (ARAÚJO *ET AL.,* 2012; HORTA *ET AL.,* 2011; MONTEIRO *ET AL.,* 2011; PEIXOTO *ET AL.,* 2010). Os dados obtidos por Noto e*t al*. (2003) revelaram que a maior parte dos jovens em situação de rua que buscou ajuda para os prejuízos do consumo abusivo de alguma droga o fez em uma instituição de assistência específica para esta população, sendo que apenas 0,7% procurou uma unidade de saúde. Da mesma forma, Horta e*t al*. (2011) verificaram que os usuários graves com maior comprometimento social não acessam ou permanecem nos serviços SUS, mas sim nas redes comunitárias de apoio.

Por outro lado, Conte (2004) e Lancetti (2006) apontam experiências positivas, realizadas no Brasil nos locais onde os usuários vivem, que evidenciam uma maior adesão às orientações preventivas e têm como efeito o estabelecimento de laços entre os redutores de danos e os usuários. Dentro dessa perspectiva, o CR foi implantado para uma participação ativa na população de rua, atendendo às suas necessidades e respeitando seu contexto social.

Os participantes da Oficina descreveram o CnR como um avanço em termos de política pública de saúde para uma população até então invisível e marginalizada. Referiram-se ao trabalho a partir de ações de saúde locais que incluem práticas de promoção e prevenção em saúde, fundadas na própria dinâmica dos usuários na rua. Contudo, também questionaram a pertinência desse dispositivo, uma vez que o SUS é para todos. Foram discutidas barreiras de acesso aos serviços – como a necessidade de documentos, de estar limpo e vestido adequadamente – e a própria indisponibilidade dos profissionais em atender essa população. Esses obstáculos foram tomados como algo a ser superado com a ajuda do CnR, tornando-se uma das funções desse dispositivo, além da sua responsabilidade em construir e fortalecer o vínculo dos usuários com os diferentes serviços. Para tanto, o matriciamento foi eleito como ferramenta fundamental.

Trino, Machado e Rodrigues (2015) afirmam que o CnR, por trabalhar com o conceito de vulnerabilidade e com a noção de cuidado em rede, pode manejar melhor a complexidade de problemas apresentados por quem está em situação de rua. Portanto, parece importante manter a discussão a respeito da missão dos CnR e do trabalho efetivo na rua, para que a questão da vulnerabilidade de uma determinada população que, entre outras coisas, dificulta a sua chegada aos serviços formais de saúde, não se perca na discussão daquilo que é ou não pertinente ser atendido nessas unidades.

O uso da redução de danos foi ressaltado pelos profissionais como uma importante prática e descrito de forma ampliada, incluindo a distribuição de insumos, o contato com o usuário no local em que ele vive, ações de prevenção e educação em saúde e a discussão com outros atores do território do usuário. Os trabalhadores pareceram sensíveis ao fato de que a orientação clínica do trabalho é algo a ser construída no encontro e no laço que se funda

com o outro, não se tratando, portanto, de um processo em que se definem metas a priori. A escolha da redução de danos como método e diretriz assistencial para essa clientela oferece um caminho promissor aos profissionais, uma vez que reconhece os usuários em suas singularidades, traçando estratégias para a defesa de sua vida por meio de caminhos diversos e não excludentes. Essa possibilidade de construção conjunta implica aumentar o grau de liberdade do usuário e torná-lo corresponsável pelas decisões tomadas em seu tratamento. Assim, ao lançarem mão de insumos e ações de prevenção e educação em saúde, os técnicos apostaram que aqueles sujeitos poderiam, ainda que em condições desfavoráveis, ser protagonistas de suas escolhas.

Quando se tratou da relação dos CnR com a própria saúde, evidenciou-se que, mesmo fazendo parte da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), os profissionais sentem que trabalham isolados desse setor e solitários em suas unidades. Atribuem esse problema às dificuldades de interlocução, ao preconceito que os trabalhadores da saúde ainda têm com essa população e ao fato de que estes não se sentem habilitados nem capacitados para atendê-la, pois consideram ser essa uma expertise própria ou exclusiva dos profissionais dos CnR. Essa problemática é apontada por Ramiro, Padovani e Tucci (2014), que indicam que a condição de marginalidade amplamente divulgada na mídia faz com que o fenômeno do consumo de drogas tenha um impacto ainda maior, ampliando o estigma e a dificuldade desses usuários para acessarem os serviços de saúde. Silva, Cruz e Vargas (2015) também chamam a atenção para o fato de que o trabalho de ligação entre os serviços de saúde e a população em situação de rua realizado pelos CnR é comprometido pela própria organização do trabalho da AB que, ao contrário do que é preconizado, ainda oferece, muitas vezes, um cuidado centrado na atuação médica e em procedimentos prescritivos. Por outro lado, os CnR participantes da Oficina dizem que insistem em modificar essa realidade compartilhando o trabalho a partir do matriciamento e persistindo com o esforço da inclusão dessa população em uma assistência não especializada. Afinal, é apenas no contato diário, seja entre os técnicos do CnR e os das UBS, seja entre esses e os usuários, que os estigmas dos profissionais podem ser ultrapassados, oferecendo uma assistência mais adequada. Como solução para essa questão, os participantes da Oficina apresentaram uma proposta concreta: a reserva de vagas nos serviços para consultas e exames dessa população.

A esse respeito, vale lembrar que, ao afirmar que a população em situação de rua é responsabilidade de todo e qualquer profissional do SUS, mas, em especial, da AB, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011) objetiva aumentar o acesso de quem está na rua à rede de saúde, lançando mão de uma equipe específica para isso. Esta tem a função de cadastrar esses usuários, descrever sua problemática e produzir o cuidado necessário, a fim de incluí-los nas UBS, principal porta de entrada do sistema. Contudo, é necessário ressaltar que se trata de um trabalho complexo, que não pode ser confundido com o ato de transportar o usuário a uma unidade de saúde, embora isso seja, por vezes, necessário. Essa conexão acontece no trabalho diário de construção de rede, estabelecimento de parcerias, discussão de caso, sensibilização dos profissionais, nos atendimentos compartilhados, nas chegadas dos usuários às unidades e na ida dos profissionais que compõe outras equipes, que não as de CnR, ao território. Os encontros propiciados pelo compartilhamento do trabalho cotidiano e as possibilidades de analisá-los conjuntamente são recursos potentes para a superação de alguns estigmas.

A construção de rede com a saúde mental, por sua vez, foi consensualmente considerada satisfatória e justificada pelos profissionais pela história desse dispositivo, que se originou nos Caps AD. Além disso, acredita-se que o fato de a saúde mental trabalhar com populações vulneráveis favorece a chegada desses usuários em seus serviços. Por outro lado, a relação com o intersetor é considerada fundamental, mas fraca, precisando ainda ser construída.

Deve-se concluir, assim, que é importante uma discussão continuada a respeito da assistência das populações vulneráveis, com ênfase na potência e efetividade do trabalho do CnR, levando em conta a dificuldade natural destes usuários chegarem às unidades de saúde e também dos profissionais destas unidades de recebê-los. Além disso, pôde-se inferir, pelas discussões realizadas nesta Oficina, que a passagem da saúde mental para a AB produziu mudanças significativas no funcionamento deste dispositivo, mesmo que nem todas almejadas. A transição de CR para CnR não diminuiu as barreiras de acesso enfrentadas na saúde, como talvez se esperasse, e tirou do foco o cuidado com os usuários de álcool e outras drogas, perdendo-se a especificidade da assistência para estes.

Colaboradores

Tatiana do Rego de Bonis Almeida Simões contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise dos dados e elaboração do rascunho; Maria Cristina Ventura Couto contribuiu significativamente para a revisão crítica do conteúdo; Lilian Miranda contribuiu para a análise e interpretação dos dados e para a elaboração do rascunho, e Pedro Gabriel Delgado contribuiu substancialmente para a concepção e o planejamento, e participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

ARAÚJO, N. B. *et al*. Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 227-234, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852012000400006>. Acesso em: 31 out. 2015.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack*: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>. Acesso em: 31 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 4 jun. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>. Acesso em: 25 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488/GM, 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] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 25 nov. 2015

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 20 maio 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 25 nov. 2015

CONTE, M. Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, Porto Alegre, v. 25, p. 23-33, 2004.

DELGADO, P. G. Limites para a inovação e pesquisa na reforma psiquiátrica. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100013>. Acesso em: 25 nov. 2015.

DESLANDES, S. F.; LEMOS, M. P. Construção participativa de descritores para avaliação dos núcleos de prevenção de acidentes e violência. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 24, n. 6, p. 441-448, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n6/a08v24n6.pdf >. Acesso em: 25 nov. 2016.

HORTA, R. L. *et al*. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2263-2270, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011001100019&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 nov. 2016.

LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2016.

MONTEIRO, C. F. S. *et al*. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS AD do Piauí. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 90-95, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100013>. Acesso em: 25 nov. 2016.

NOTO, A. R. *et al*. *Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: Unifesp, 2003. Disponível em: <http://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/10/Levantamento-Nacional-sobre-o-Uso-de-Drogas-entre-Crian%C3%A7as-e-Adolescentes-em-Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Rua-nas-27-Capitais-Brasileiras-2003.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015

OLIVEIRA, M. G. P. N. *Consultório de Rua*: relato de uma experiência. 2009. 152 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

PEIXOTO, C. *et al*. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 317-21, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000400008>. Acesso em: 25 out. 2016.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M.; VIVAS-CONSUELO, D. Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 181-190, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13804>. Acesso em: 25 out. 2016.

RAMIRO, F. S.; PADOVANI, R. C.; TUCCI, A. M. Consumo de crack a partir das perspectivas de gênero e

vulnerabilidade: uma revisão sobre o fenômeno. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 379-392, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0379.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.

RODRIGUES, D. S. *et al*. Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1247-1258, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413--81232012000500018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 out. 2016.

SILVA, C. C.; CRUZ, M. M.; VARGAS, E. P. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do consultório na rua. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, p. 246-256, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00246.pdf>. Acesso em: 25 out. 2016.

TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. Introdução. In: _____. (Org.). *Saberes e Práticas na atenção primária à saúde*: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 19-24.

TRINO, A.T.; MACHADO, M. P. M.; RODRIGUES, R. B. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (Org.). *Saberes e Práticas na atenção primária à saúde*: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 27-53.

Recebido para publicação em janeiro de 2017
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Formação em saúde do trabalhador e saúde ambiental: avaliação de experiência com atores locais

Training in workers´ and environmental health: experience assessment of local actors

Katia Reis de Souza[1], Ana Maria Cheble Bahia Braga[2], Brani Rozemberg[3]

RESUMO O presente estudo tem como objetivo analisar a experiência de formação em saúde do trabalhador e saúde ambiental em base territorial local, adotando como matéria principal de interpretação as avaliações dos próprios trabalhadores. Por meio da técnica de análise de conteúdo, chegou-se a duas categorias empíricas de análise, sendo a primeira a interdisciplinaridade e construção coletiva do conhecimento, e a segunda, a intersetorialidade e os saberes advindos da prática. Ao final, constataram-se elementos formativos, de caráter crítico, que contribuem para a emancipação dos atores locais e as ações de políticas públicas integradas.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Saúde ambiental. Educação continuada.

ABSTRACT *The study here reported had as objective to analyze the training experience in workers´ and environmental health focused on local territory, adopting as interpretation main data assessments issued from the workers themselves. By means of content analysis, we arrived to two empirical categories of analysis. The first is interdisciplinarity and knowledge collective construction, and the second is intersectoriality and skills acquired through practice. At the end, formative elements of critical character were verified, which contribute to the emancipation of local players and actions of integrated public policies.*

KEYWORDS *Occupational health. Environmental health. Continued education.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *katreis@ensp.fiocruz.br*

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

[3] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (Cesteh) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *branirozemberg@uol.com.br*

DOI: 10.1590/0103-1104201711424

Introdução

A aproximação teórica e política do campo da saúde do trabalhador com o de saúde ambiental, vem se confirmando como estratégia fundamental, no âmbito da área de saúde coletiva, para conhecer os problemas atinentes à relação entre saúde, trabalho e ambiente no território e intervir de modo a propiciar mudanças nos processos produtivos e na realidade local (PONTES; RIGOTTO, 2014; RIGOTTO, 2003).

A partir da década de 1980 foi crescendo gradativamente a consciência da importância da relação entre os processos produtivos e a saúde das populações trabalhadora e, também, não trabalhadora. No ângulo de compreensão da história, Tambellini e Câmara (1998) enfatizam a ideia de que a consolidação de uma 'nova saúde ambiental' torna-se viável a partir do momento em que a saúde do trabalhador se declara peça de uma relação mais ampla que abrange a produção, o ambiente e a saúde. Tal fato se evidencia nos efeitos adversos notórios advindos de processos produtivos que extrapolam a área geográfica dos empreendimentos, gerando, muitas vezes, situações de risco ambiental que interferem e perpetuam quadros de morbimortalidade. O seu enfrentamento exige um trabalho integrado e participativo, que estimule e acione mecanismos de coordenação intergovernamental das diversas instituições corresponsáveis na esfera local.

Ademais, considera-se que os riscos decorrentes de processos produtivos e tecnologias que ignoram ou desprezam as necessidades de seres humanos e do meio ambiente não devem ser enfrentados somente por especialistas, mas também pela atuação organizada dos trabalhadores e dos cidadãos em geral, na defesa da vida e da democracia (PORTO, 2005; RIGOTTO, 2003).

A valorização do componente social como dimensão importante na área de saúde coletiva ampliou a concepção de ambiente até então prevalente com a incorporação da noção de 'coletivo' (TAMBELLINI; CÂMARA, 1998). No plano teórico e ideológico, trata-se de uma visão de ambiente que valoriza os sujeitos na sua interação com o ambiente, aspecto igualmente essencial na saúde do trabalhador.

Rigotto (2003) defende que a conciliação da saúde do trabalhador com a saúde ambiental pode ser um caminho profícuo, de modo a servir de fundamento às perspectivas mais abrangentes de pesquisa, formação dos profissionais e formulação de políticas públicas. Entretanto, os serviços de saúde do trabalhador e de saúde ambiental, na configuração política da rede pública no âmbito federal, estadual e municipal, encontram-se apartados na sua forma de organização e governança, ou seja, a estrutura burocrática institucional separou esses serviços em setores. As ações que deveriam estar articuladas para enfrentamento dos problemas, em realidade, configuram-se em objetos de políticas públicas específicas.

Na prática, as questões relativas à saúde do trabalhador e saúde ambiental afiguram-se em um conjunto de relações complexas, o que demanda o alargamento do campo disciplinar de análise para incluir categorias críticas de reflexão, ampliando a capacidade de interpretar a realidade para transformá-la. Para tal, os processos formativos de base crítica e dialógica evidenciam-se como estratégias fundamentais, já que contribuem para emancipação dos atores locais de modo a provocar ações políticas, de caráter público, para intervenção qualificada na realidade (SOUZA; BONFATTI; SANTOS, 2015).

Todavia, sabe-se da carência de processos formativos no âmbito local, sobretudo nas regiões do interior do Brasil, afastadas dos centros onde se localizam os aparelhos formadores. Nesse sentido, é válido mencionar o estudo de Dias *et al*. (2010), que ressalta a necessidade de capacitação

das equipes dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) como sendo o maior 'nó crítico' para o pleno desenvolvimento da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (Renast). As autoras evidenciam que as equipes dos Cerest são frequentemente constituídas pela transferência de servidores de outros serviços ou pela designação após aprovação em concursos públicos sem que seja exigida ou prevista formação ou experiência na área. Ramos (2008) afirma que a consolidação da Renast como principal estratégia da Política Nacional de Saúde do Trabalhador para o Sistema Único de Saúde (SUS) requer profissionais com formação na área e esforço interinstitucional de criação de cursos de formação de pós-graduação em saúde do trabalhador no País.

Destarte, o presente estudo tem como objetivo principal avaliar a experiência de formação em saúde do trabalhador e saúde ambiental, ocorrida em base territorial local com os próprios trabalhadores.

Pressuposto teórico

Este estudo fundamenta-se nos pressupostos do materialismo histórico, especialmente no enfoque da geografia crítica de David Harvey (2013) e Milton Santos (2010). Nessa vertente, a noção de espaço geográfico e, em especial a ideia de lugar e território, ganha importância capital. Para Harvey (2013), à medida que todos os mercados de trabalho estão localizados, dão-se também sobre uma base geográfica local os vínculos de proximidade e solidariedade, sociais e políticos.

Nessa mesma linha de interpretação, Santos (2010) assegura que o papel da proximidade na perspectiva da geografia crítica não se limita a mera definição de distâncias, se relacionando, sobretudo, à complexidade da contiguidade física entre as pessoas em mesma localidade, que estabelecem intensas e ricas relações, podendo suscitar laços de solidariedades e cooperação, mas também conflitos.

Assim, a arena política local torna-se a base fundamental a partir da qual se processa o 'ajuste espacial' (HARVEY, 2013), sendo que o Estado se torna a instituição central e palco de disputa dos interesses de classe. Em resumo, na linha final de defesa dos interesses de frações e classe é o Estado que pode assumir poderes de regulação política. Não obstante, constata-se que o Estado, em suas esferas local, regional ou nacional, muitas vezes segue a agenda das empresas em vez de acompanhar a agenda do trabalho. Por outro lado, observa-se grande interesse das instituições públicas em investir em programas educacionais, o que pode se converter em favor do trabalho e na defesa do ambiente.

A geografia de acumulação do capital e destruição dos ecossistemas locais requer análise cuidadosa da dinâmica de aperfeiçoamento do controle que o capital exerce para sua reprodução. Por conseguinte, Harvey (2013) chama à atenção para a tese segundo a qual a base geopolítica de mudança de qualquer movimento deve ser construída, de fato, no âmbito local. Interpreta-se, portanto, que a formação dos atores institucionais locais pode constituir-se em importante estratégia para superação dos limites do Estado capitalista e defesa da vida.

Metodologia e caracterização da formação em saúde do trabalhador e saúde ambiental

A experiência de formação sucedeu-se no município de Cantagalo, localizado no interior do estado do Rio de Janeiro, região Centro-Norte fluminense. Trata-se do maior polo cimenteiro do estado e terceiro do País, cujo processo produtivo apresenta elevado

potencial poluidor nos ambientes interno e externo das fábricas (PINTO JÚNIOR, 2009).

A formação se deu no período de março a junho de 2012 por meio da realização de um curso de pós-graduação intitulado 'Gestão integrada e participativa em saúde, trabalho e ambiente', ministrado nas instalações da Secretaria Municipal de Educação. Cabe destacar que a formação se constituiu, também, em ação estratégica no âmbito de pesquisa de caráter multicêntrico para implantação de ações de vigilância em saúde nas atividades de coprocessamento de resíduos em cimenteiras no Brasil, cujo propósito foi a combinação entre produção de conhecimento e formação humana para a ação no território. A ideia é a de que os processos formativos de caráter crítico podem propiciar a autonomia dos atores locais de modo a desenvolverem programas de vigilância em saúde do trabalhador e saúde ambiental sob a égide da participação social (SOUZA; BONFATTI; SANTOS, 2015).

O curso foi estruturado em unidades de aprendizagem com carga horária de 180 horas, distribuídas entre encontros presenciais e exercícios de dispersão. Ao final, foi organizado um seminário para apresentação dos planos de ação resultantes da experiência, na forma de trabalhos finais dos alunos. No que concerne à concepção dos planos de ação, adotou-se a perspectiva do planejamento em saúde como ação social (PAIM, 2005). De acordo com esse enfoque, os processos de planejamento devem ser essencialmente participativos e contribuir para a recomposição de práticas institucionais fragmentadas e insuladas, na tentativa de superar a dicotomia entre teoria e prática.

A seleção dos participantes atendeu a critérios específicos de modo a compor um grupo heterogêneo do ponto de vista disciplinar e setorial, e envolveu 25 profissionais. Todos os integrantes pertenciam ao serviço público municipal, sendo oriundos de diversas secretarias. Os alunos gestores em atividade de rotina foram liberados parcialmente para a formação, cujos encontros presenciais ocorreram uma semana a cada mês, além das atividades de campo.

Nessa vertente, presume-se que a formação com grupos de composição mista favoreça a troca de experiência sobre o trabalho, estimulando a criação coletiva e abrindo caminhos a novas abordagens de ação pública. Ressalta-se que a proposta do curso é incentivar a formação de uma rede de gestão pública integrada por setores públicos na esfera local com o objetivo de encontrar soluções às questões relacionadas aos processos produtivos e socioambientais identificadas pelos próprios participantes a partir do cotidiano de trabalho, de forma a valorizar a experiência e o conhecimento prático (ODDONE *ET AL.*, 1986).

No tocante à análise da experiência de formação, tomou-se como base empírica de interpretação os materiais advindos das avaliações dos seus participantes. Adotaram-se duas modalidades de avaliação que valorizam a visão do aluno: oral e escrita. Esta última, um instrumento designado Ficha de Avaliação do Aluno, serviu como fonte principal desta análise e se constituiu, basicamente, de um roteiro de perguntas abertas de modo a permitir a livre expressão de ideias por parte dos participantes.

Nessa perspectiva, considera-se que as práticas de avaliação não se configuram em ações neutras; em verdade, os valores e a visão dos sujeitos envolvidos constituem-se no ponto de partida para analisar a ação. Colocou-se em prática um processo avaliativo de cunho democrático, conforme preconizado pela pedagogia crítica (FREIRE, 1988), contrapondo-se a protocolos de avaliação de caráter rígido e fechado (SAUL, 2008).

No que tange à técnica de análise dos materiais, realizou-se uma tarefa interpretativa pela análise do conteúdo e da enunciação (MINAYO, 2014), selecionando-se

os excertos por critério de frequência e similaridade. O agrupamento de excertos permitiu a classificação do conteúdo das avaliações. Por conseguinte, destacaram-se ideias que se repetiam formando núcleos temáticos de interpretação, identificando-se aqueles trechos mais marcantes em relação aos objetivos do estudo. Por fim, chegou-se a duas categorias de análise, sendo a primeira a interdisciplinaridade e a construção coletiva do conhecimento, e a segunda, intersetorialidade e os saberes advindos da prática.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) sob a inscrição CAAE: 0155.0.031.000-10 e contou com o apoio de financiamento do Edital Inova Ensp/Fiocruz.

Resultados e discussão

Interdisciplinaridade e construção coletiva do conhecimento

As respostas dos alunos ressaltaram a ideia de valorização do processo de construção coletiva de conhecimento. No ângulo de compreensão predominante dos participantes do curso, a formação estimulou momentos de fala e escuta por meio da problematização da realidade, agregando os diferentes saberes e experiências.

> *O que tornou o curso mais interessante do meu ponto de vista foi a oportunidade de aprender com outras profissões. Foram extremamente enriquecedores esses momentos de troca e compartilhamento dos diversos saberes.* (Aluno 6).

> *Ao observar as aulas, aprendi que conteúdo somente não adianta. Se não for debatido com pessoas de diferentes visões, profissões e interesses, não adianta.* (Aluno 15).

Do ângulo de compreensão do processo pedagógico, o primeiro tópico levado a termo no processo de formação foi o mapeamento dos problemas ambientais e de saúde no território do município pelos próprios participantes. Embora o problema de maior visibilidade na região fosse a questão das indústrias cimenteiras, também foram definidos consensualmente mais três temas, em torno dos quais se organizaram grupos, gerando, assim, planos de ação diversificados e que podem ser interpretados como um diagnóstico inicial local sobre a saúde, o trabalho e o ambiente, a saber: indústrias cimenteiras; agrotóxicos; fábrica de papel; e a atenção primária e os Agentes Comunitários de Saúde.

Afirma-se que, nas questões que envolvem a temática socioambiental, há dimensões políticas, técnicas e culturais que só serão percebidas e respondidas quando se ultrapassarem as barreiras disciplinares por meio do diálogo coletivo e do planejamento para a ação (CESCO, 2011).

> *O curso modificou minha percepção sobre a influência do ambiente na saúde do trabalhador, me aproximando mais desta área e modificando a minha prática.* (Aluno 2).

Com efeito, outro tópico fundamental da formação foi o diálogo a respeito do vínculo concreto entre produção, ambiente e saúde. Debateu-se a tese marxista de interação metabólica a partir da assertiva de que homens e mulheres, ao se apropriarem da natureza, a transformam e ao transformá-la, transformam a si mesmos (MARX, 2013). Nessa linha de compreensão, afirma-se que o trabalho não é, absolutamente, externo ao homem nem tampouco neutro em relação à saúde. Além do mais, de acordo com tal genealogia teórica, a produção e o trabalho constituem-se em aspectos centrais à análise do ambiente, diferentemente da concepção ecológica clássica, cuja noção de ambiente omite os aspectos ligados à produção e à história

(TAMBELLINI, 2002). *"A liberdade para nos expressarmos e a riqueza dos conteúdos abordados foram as características que mais me agradaram"* (Aluno 12).

No transcurso da formação, houve a contextualização dos temas definidos pelos alunos de modo que tudo fosse compreendido como passível de mudança, já que outro importante aspecto teórico do processo de formação foi a compreensão da historicidade das questões atinentes à relação saúde, trabalho e ambiente. Para Freire (1988), o desenvolvimento da consciência crítica no processo educativo propiciará a qualificação na forma de intervir e uma motivação para ação.

Nessa mesma linha de compreensão, Almeida Filho (2005) e Amparo (2013) asseguram que o campo da saúde coletiva requer o desenvolvimento de novos projetos e modelos epistemológicos para a integração curricular, de maneira a provocar mudanças fundamentais na forma de pensar e atuar de seus alunos e professores. De fato, o diálogo foi a pedra angular da formação. Para Fávero (2011) e Freire (1988), o diálogo viabiliza metodologicamente o movimento da práxis: parte-se do vivido e do senso comum para discuti-lo, criticá-lo e ampliá-lo na direção do bom senso para, daí, não só mudar a visão de mundo, mas transformar o mundo concretamente.

Intersetorialidade e os saberes advindos da prática

> *Vale ressaltar a estratégia de construção dos conteúdos trabalhados com base na realidade do Município; as diversas áreas de conhecimento; e a oportunidade de crescimento do grupo. Dessa forma, houve um comprometimento dos participantes com a execução dos projetos.* (Aluno 4).

O aspecto destacado na avaliação dos participantes no que se refere à estratégia de formação adotada para articular os conceitos aos problemas reais assevera a importância da noção de território ser incorporada como central aos processos pedagógicos de base local. Tal decisão permite a delimitação e a identificação concreta de situações de risco para a saúde, originários nos processos produtivos e em situações de trabalho, de maneira que as ações de vigilância sejam adequadas às necessidades de saúde dessa população (DIAS *ET AL.*, 2009).

De fato, a intersetorialidade das políticas públicas suscita a articulação de saberes técnicos, quando especialistas passam a integrar agendas coletivas e a compartilhar objetivos comuns focados no território (NASCIMENTO, 2010). O principal desafio está relacionado à superação da fragmentação dessas políticas por meio da articulação entre os atores que as elaboram e executam. A perspectiva de integração possibilita a mudança de valores e da cultura organizacional das instituições públicas.

> *Aprendi também que a forma como são abordados determinados temas tem efeitos distintos em cada pessoa devido às diferentes opiniões. Acho que todos aprenderam a respeitar cada vez mais as diferentes opiniões.* (Aluno 15).

Akherman *et al.* (2014) e Dias *et al.* (2009) afirmam a necessidade de se estimular a cooperação entre atores de diferentes setores da sociedade e a integração das diversas políticas públicas. Nessa mesma direção, Garcia *et al.* (2014) advogam que a intersetorialidade é operacionalizada por meio da criação de uma rede de compromisso social, estruturada por vínculos e uma 'presença viva', na qual instituições, organizações e pessoas se articulam em torno de uma questão da sociedade em um determinado território.

Outro aspecto de destaque nas respostas dos alunos foi a relação entre o conhecimento científico e os saberes advindos da prática; além do já mencionado enriquecimento mútuo entre diferentes disciplinas e setores de trabalho.

> *A troca de conhecimento entre os atores da academia e os que atuam na ponta do serviço. A troca de conhecimento entre as diferentes áreas de saberes e a construção de saberes coletivos... A troca de experiência entre os saberes científicos e o saber de quem está vivenciando o problema.* (Aluno 1).

Com efeito, colocou-se em prática um dos pressupostos teórico-metodológicos que está na origem do campo da saúde do trabalhador, qual seja, a produção compartilhada de conhecimento sobre a relação saúde, trabalho e ambiente pelo diálogo entre trabalhadores e pesquisadores (ODDONE *ET AL.*, 1986). De acordo com essa perspectiva, torna-se imperativo o reconhecimento da centralidade da experiência do trabalho e do desenvolvimento de processos pedagógicos que estejam estreitamente ligados ao trabalho como processo real (SOUZA; BONFATTI; SANTOS, 2015).

Relatos finais

A experiência aqui relatada permite afirmar que a formação que adota como referência a própria realidade de trabalho, incentiva a troca de conhecimento e experiência adquiridos no dia a dia da complexidade do território. Decerto, o curso propiciou um ambiente favorável para que esses saberes fossem formalizados numa situação de compartilhamento, possibilitando mudanças no modo de ver e agir a partir da estruturação de planos coletivamente construídos. Em síntese, do ponto de vista do método pedagógico empreendido, de caráter crítico, aspectos da teoria freireana se constituíram elementos centrais da formação, como participação, diálogo, problematização, autonomia, valorização da experiência e crítica coletiva (FREIRE, 1988, 2001).

Além disso, afirmaram-se valores preconizados pelo campo da saúde do trabalhador, como a participação dos trabalhadores das fábricas e das comunidades organizadas no território em todas as etapas das ações e intervenções dos planos de ação.

É digno de nota, ainda, o aspecto alusivo à ativação de rede intergovernamental das instituições corresponsáveis pela saúde do trabalhador e saúde ambiental na esfera local, incluindo o fortalecimento da Renast. Confirmou-se que são o Estado e seus atores os que podem assumir poderes de regulação da política local. Todavia, a identificação de obstáculos e conflitos, sobretudo no que diz respeito à relação entre capital e trabalho, foi parte da formação para consecução dos planos de ação, como, por exemplo, a dificuldade em se efetuar mudança de tecnologias nas fábricas estudadas, o que certamente demanda o envolvimento das organizações dos trabalhadores.

Além do mais, foram recorrentes os relatos a respeito da necessidade do desenvolvimento de trabalhos de campo durante a formação, com a perspectiva de se ampliar o conhecimento de problemas a respeito da saúde, do trabalho e do ambiente no território que não somente aqueles referentes às temáticas eleitas para os planos de ação, ou seja, percebe-se que os alunos demandaram o aprofundamento acerca dos problemas locais. Compreende-se que esse e outros aspectos identificados na avaliação dos alunos deverão ser postos em prática no âmbito do próprio trabalho cotidiano das secretarias, já que os atores locais ganharam autonomia na formação. Contudo, o estímulo a uma postura autônoma e crítica se deu nos limites de uma experiência de formação de curta duração, sendo difícil avaliar mudanças na prática dos participantes.

Houve críticas a respeito do pouco tempo de formação para se aprofundarem alguns temas importantes e, também, para se apreender o estilo de se produzir conhecimento no grupo a partir da apresentação dos temas por especialistas, seguida da crítica e da discussão coletiva. Cabe a

menção sobre a evasão de um aluno, de formação médica, que alegou não compreender o sentido do método adotado – participação, diálogo, problematização e crítica coletiva – e ter tido dificuldade com o tipo de linguagem predominante.

De todo modo, pode-se registrar como exitoso o aspecto referente à iniciativa de construção da vigilância em saúde local por parte dos próprios atores participantes da formação que criaram um grupo, de caráter interdisciplinar e intersetorial, dando continuidade à proposta do curso com construção de agenda de trabalho comum. Desse grupo, dois integrantes foram convidados para assumir a secretaria de ambiente do Município logo após a formação. Não sabemos afirmar os resultados dessa inserção no âmbito do poder municipal, o que seria motivo de outro estudo. Fato é que o processo formativo incentivou o debate público acerca dos problemas locais alusivos à relação entre saúde, trabalho e ambiente, possibilitando, na prática, a integração entre saúde do trabalhador e saúde ambiental a partir da ativação de elementos da formação que se mostraram atuais e pertinentes, i.e., interdisciplinaridade, intersetorialidade, diálogo e práxis.

Colaboradores

Katia Reis de Souza trabalhou na concepção, redação e interpretação dos materiais do manuscrito. Ana Maria Cheble Bahia Braga e Brani Rozemberg trabalharam na concepção, revisão crítica e aprovação da versão final do artigo. ■

Referências

AKHERMAN, M. *et al.* Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4291.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2017.

ALMEIDA FILHO, N. M. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 30-50, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104--12902005000300004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 jan. 2017.

AMPARO, L. P. Aprender fazendo: a interdisciplinaridade na formação em saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1511-1512, maio 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500037>. Acesso em: 2 jan. 2017.

CESCO, S. Interdisciplinaridade e temas socioambientais. *Estudos avançados*, São Paulo, v. 25, n. 72, p. 327-330, maio/ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142011000200026>. Acesso em: 2 jan. 2017.

DIAS, E. C. *et al.* Construção da RENAST em Minas Gerais: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), 2002-2007. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 2,

supl. 2, p. 66-74, 2010. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1036>. Acesso em: 2 jan. 2017.

DIAS, E. C. *et al*. Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2105-2112, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000600013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 jan. 2017.

FÁVERO, O. Paulo Freire: importância e atualidade de sua obra. *Revista e- curriculum*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 1-8, 2011. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/7589>. Acesso em: 2 jan. 2017.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*: saberes necessários à prática educativa. 19. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

_____. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

GARCIA, L. M. T. *et al*. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 966-980, out./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0966.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2017.

HARVEY, D. *Os limites do capital*. São Paulo: Boitempo. 2013.

MARX, K. *O Capital*. São Paulo: Boitempo, 2013.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: p*esquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2014.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. S*erviço Social & Sociedade,* São Paulo, n. 101, p. 95-120, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282010000100006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 jan. 2017.

ODDONE, I. e*t al*. *Ambiente de trabalho:* a luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Hucitec, 1986.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPO, G. W. S. e*t al*. (Org.). T*ratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2005. p. 767-782.

PINTO JÚNIOR, A. G. C*ondições de trabalho e saúde de trabalhadores na queima de resíduos tóxicos em fornos de cimenteiras de Cantagalo, Estado do Rio de Janeiro*. 2009. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

PONTES, A. G. V.; RIGOTTO, R. M. Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental: potencialidades e desafios da articulação entre universidade, SUS e movimentos sociais. R*evista Brasileira de Saúde Ocupacional,* São Paulo, v. 39, n. 130, p. 161-174, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v39n130/0303-7657-rbso-39-130-161.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2017.

PORTO, M. F. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. C*iência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 829-839, out./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400008>. Acesso em: 2 jan. 2017.

RAMOS, J. C. L. E*specialização em saúde do trabalhador no Brasil: e*studo dos cursos no período 1986-2006. 2008. 81 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

RIGOTTO, R. M. Saúde Ambiental e Saúde dos Trabalhadores: uma aproximação promissora entre o Verde e o Vermelho. R*evista Brasileira de Epidemiologia,* São Paulo, v. 6, n. 4, p. 388-404, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000400013>. Acesso em: 2 jan. 2017.

SANTOS, M. O lugar e o cotidiano. In: SANTOS, B.

S.; MENESES, M. P. E*pistemologias do sul*. São Paulo: Cortez, 2010.

SAUL, A. M. Referenciais freireanos para a avaliação da aprendizagem. R*evista de Educação,* Campinas, v. 25, p. 17-25, 2008. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/reveducacao/article/view/90>. Acesso em: 2 jan. 2017.

SOUZA, K. R.; BONFATTI, R. J.; SANTOS, M. B. M. Participação social, vigilância em saúde do trabalhador e serviço público. T*rabalho, Educação e Saúde,* Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 261-282, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000200261>. Acesso em: 2 jan. 2017.

TAMBELLINI, A. Desafios teóricos na relação produção, ambiente e saúde, In: PORTO, M. F. S.; FREITAS, C. M. (Org.). *Problemas ambientais e vulnerabilidade:* abordagens integradoras para o campo da saúde pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 22-39.

TAMBELLINI, A. T.; CÂMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. C*iência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 47-59, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231998000200005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 jan. 2017.

Recebido para publicação em fevereiro de 2017
Versão final em julho de 2017
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

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 apor-tem 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 25, 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)
Carla de Paula (português)
Cristina Antunes - B&C Revisão de Textos (inglês)
Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa (português e inglês)
Luiza Nunes (normalização)
Mariana Acorse (normalização)
Simone Basilio (português)
Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

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, 2017.

v. 41. n. 114; 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