saúde EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 39, NÚMERO 104
RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2015

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2013–2015)
NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2013–2015)

Presidente:	Ana Maria Costa
Vice-Presidente:	Isabela Soares Santos
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretor de Política Editorial:	Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Diretora Adjunta de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Liz Duque Magno
	Maria Gabriela Monteiro
	Maria Lucia Frizon Rizzotto
	Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
	Tiago Lopes Coelho
Diretores Ad-hoc:	Grazielle Custódio David
	Heleno Rodrigues Corrêa Filho
	Lucia Regina Fiorentino Souto
	Pedro Paulo Freire Piani

CONSELHO FISCAL | *FISCAL COUNCIL*

Aparecida Isabel Bressan
David Soeiro Barbosa
Yuri Zago Sousa Santana de Paula

CONSELHO CONSULTIVO | *ADVISORY COUNCIL*

Albinear Plaza Pinto
Ary Carvalho de Miranda
Carlos Octávio Ocké Reis
Cornelis Johannes van Stralen
Eleonor Minho Conill
Gastão Wagner de Souza Campos
Iris da Conceição
Jairnilson Silva Paim
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Ligia Giovanella
Maria Edna Bezerra da Silva
Nelson Rodrigues dos Santos
Pedro Silveira Carneiro

SECRETARIA EXECUTIVA | *EXECUTIVE SECRETARY*

Cristina Santos

SAÚDE EM DEBATE

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

EDITOR CIENTÍFICO | *SCIENTIFIC EDITOR*

Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)
Maria Lucia Frizon Rizzoto (PR)

CONSELHO EDITORIAL | *PUBLISHING COUNCIL*

Alicia Stolkiner – Universidade 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 – Universidade Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México
Cornelis Johannes van Stralen – Unversidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Diana Mauri – Universidade de Milão, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropologia Social, Mexico (DF), México
Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Giovanni Berlinguer – Università La Sapienza, Roma, Itália
Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salete Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Miguel Márquez – Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Havana, Cuba
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*

Frederico Azevedo

INDEXAÇÃO | *INDEXATION*

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

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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

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

Apoio

Ministério da Saúde

saúde
EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 39, NÚMERO 104
RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2015

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 39, NÚMERO 104
RIO DE JANEIRO, JAN-MAR 2015

5 **EDITORIAL** | *EDITORIAL*

ARTIGO ORIGINAL |
ORIGINAL ARTICLE

9 **Dificuldade e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ)**
Difficulties and confronting strategies regarding the work management in the Family Health Strategy, in the perspective of local managers: the experience of the municipalities of Rio de Janeiro (RJ) and Duque de Caxias (RJ)
Carinne Magnago, Celia Regina Pierantoni

18 **Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná**
Employment bonds in the health sector: the precariousness scenery at the Western macro-region of Paraná (BR)
Leonardo Dresch Eberhardt, Manoela de Carvalho, Neide Tiemi Murofuse

30 **Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná**
The workforce in Primary Health Care in Small Sized Counties in Paraná State
Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes, Stela Maris Lopes Santini, Brigida Gimenez Carvalho, Luiz Cordoni Junior

43 **Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal**
Professional evaluation systems and contracting of the management in Primary Health Care in Portugal
Márcia Silveira Ney, Celia Regina Pierantoni, Luís Velez Lapão

56 **O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real**
The work of the dental surgeon in Primary Health Care: between the prescribed and the real
Wagner Gomes Reis, Magda Duarte dos Anjos Scherer, Daniela Lemos Carcereri

65 **Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência**
Health Care Networks: the perception of physicians working in emergency services
Diana Pereira Lima, Maísa Tavares de Souza Leite, Antônio Prates Caldeira

76 **Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família**
Reading between the lines: Matrix Support and professionals of Family Health Strategy
Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi, Valéria Ferreira Romano, Denise Cavalcante de Barros

88 **A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional**
The Family Health Strategy in the State of Pernambuco: evaluation of team structure by population size
Fernando Castim Pimentel, Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Wayner Vieira de Souza

102 **Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul**
Continuing education in the daily of Primary Care in Mato Grosso do Sul
Jacinta de Fátima Franco Pereira Machado, Alessandro Diogo De Carli, Vera Lúcia Kodjaoglanian, Mara Lisiane de Moraes dos Santos

114 **O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários**
The hospitality in Primary Health Care: relations of reciprocity between workers and users
Adriana Santos Lopes, Rosana Lúcia Alves de Vilar, Ricardo Henrique Vieira de Melo, Raiane Caroline da Silva França

124 **Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família**
User embracement in complex vision: collective action emerging in the Family Health Team
Suelen Alves Rocha, Regina Stella Spagnuolo

136 **Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco**
Access and quality: evaluation of Oral Health Teams participating PMAQ-AB 2012 in Pernambuco
José Eudes de Lorena Sobrinho, Petrônio José de Lima Martelli, Maria do Socorro Veloso de Albuquerque, Tereza Maciel Lyra, Sidney Feitosa Farias

147 **Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro**
Perception by professionals on the relevance of the oral health indicators in a metropolis of the Brazilian northeastern
Francisco Ivan Rodrigues Mendes Júnior, Mary Anne Medeiros Bandeira, Fábio Solon Tajra

159 **Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida**
Mental health in the perspective of Community Health Agents: perceptions of caregivers
Thamiris Maria Nascimento Cabral, Paulette Cavalcanti de Albuquerque

172 **O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde**
The manager's speech of the Family Health Strategy on decision making in healthcare management: a challenge for the Unified Health System
Amanda Del Caro Sulti, Rita de Cássia Duarte Lima, Paula de Souza Silva Freitas, Camila Nogueira Felsky, Heletícia Scabelo Galavote

183 **A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES)**
The relevance of planning as management practice in health micro region of São Mateus (ES)
Bela Feiman Sapiertein Silva, Kallen Dettmann Wandekoken, Maristela Dalbello-Araujo, Gladys Amelia Vélez Benito

197 **Democracia e saúde: a prestação de contas como legitimadora da representação no Conselho Municipal de Saúde de Vitória (ES)**
Democracy and health: accountability as legitimating of representation in the Municipal Health Council of Vitoria (ES)
Marcelo Eliseu Sipioni, Marta Zorzal e Silva

ENSAIO | *ESSAY*

210 **Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde**
Reflections on implementation analysis of health policies
Eduardo Tonole Dalfior, Rita de Cássia Duarte Lima, Maria Angélica Carvalho Andrade

226 **Bioética e mapeamento genético na seleção de trabalhadores**
Bioethics and genetic mapping in the selection of workers
Albany Ossege, Volnei Garrafa

REVISÃO | *REVIEW*

239 **Sistematização do conhecimento sobre as metodologias empregadas para o dimensionamento da força de trabalho em saúde**
Systematization of the knowledge on methodologies for health workforce staffing
Claudia Regina Machado, Mario Roberto Dal Poz

255 **Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios**
Health Surveillance System in Brazil: advances and challenges
Cátia Martins de Oliveira, Marly Marques Cruz

268 **Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros**
Analysis of scientific production on evaluation, in the context of family health, in Brazilian journals
Elzo Pereira Pinto Junior, Juliana Lucena de Miranda Cavalcante, Roberta Alves Sousa, Ana Patrícia Pereira Morais, Marcelo Gurgel Carlos da Silva

RELATO DE EXPERIÊNCIA | *CASE STUDY*

279 **Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano**
Telehealth, contexts and implications in Bahia scenario
Thiago Gonçalves do Nascimento Piropo, Helena Oliveira Salomão do Amaral

RESENHA | *CRITICAL REVIEW*

288 **Participação da comunidade na saúde**
Maria Célia Delduque, José Agenor Álvares Silva

Pelo direito universal à saúde e pelo SUS!

Em primeiro de janeiro de 2015 se iniciou um novo mandato presidencial e nova legislatura no Congresso Nacional, cujas eleições foram marcadas pela forte presença, no financiamento das campanhas, de empresas vinculadas ao mercado da saúde. Os custos disso já começamos a sentir e poderão ser muito altos para o Sistema Único de Saúde (SUS).

O cenário é complexo e reflete as estratégias de fortalecimento do mercado da saúde, que ao longo dos anos tem sido construído e implementado sob uma regulação débil, subsídios fiscais, financiamento público e mecanismos que facilitam a presença e expansão do setor privado no setor de saúde no País.

Uma vez mais, o processo eleitoral reacendeu as expectativas do Movimento da Reforma Sanitária (MRS) em direção à consolidação do SUS, entretanto, o otimismo durou pouco, e o SUS passou a acumular derrotas no âmbito do Congresso e do próprio governo federal.

A expectativa do MRS começou a ser frustrada com a sanção, pela Presidência da República, da Lei de Conversão nº 18, originada da Medida Provisória nº 656, de 2014, que mudou a Lei 8080/90, permitindo "a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde" (BRASIL, 2014B). Essa Lei está sendo questionada por meio de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn), apoiada pelas entidades do movimento sanitário que argumentam sobre a sua afronta à Constituição Federal. O art.199 § 3º da Constituição estabelece que "É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei" (BRASIL, 1988). A nova Lei torna a Constituição 'letra morta', pois já não haveria condicionantes para a presença de capital estrangeiro no mercado nacional da saúde. A liminar, interposta em conjunto com a ADIn, pede intervenção urgente, pois, se colocada em prática, essa nova norma legal põe em risco o direito à saúde.

Outro revés sofrido pelo SUS foi a recente aprovação, na Câmara dos Deputados, da Proposta de Emenda Constitucional — PEC do Orçamento Impositivo —, que deve retirar do orçamento da saúde valores da ordem de R$ 10 bilhões e ainda muda as bases de cálculos que aprofundam o subfinanciamento setorial. Apenas 44 parlamentares (menos de 10% do total) votaram a favor do SUS e contra a institucionalização do subfinaciamento decorrente da nova regra.

Agora a Casa do Povo coloca em discussão um Projeto de Emenda Constitucional que destrói de forma definitiva a responsabilidade do Estado por meio do SUS em prover o direito universal à saúde. Trata-se da PEC 451/14, de autoria do presidente da Câmara, Eduardo Cunha, obrigando todo empregador, urbano ou rural, a pagar planos privados de saúde aos trabalhadores (BRASIL, 2014A). Pasmem: a fundamentação do deputado, que recebeu apoio financeiro na sua eleição de planos privados de saúde, é o direito à saúde preconizado e previsto no artigo 196 da CF/88.

Não nos iludamos, esses fatos são decisões políticas decorrentes da hegemonia liberal que segue controlando o Estado, a sociedade, as instituições públicas e está solidamente estabelecida no interior do Congresso e do governo federal, em uma nova ofensiva conservadora a favor do mercado e do capital e contra o SUS. Isso coloca novos desafios que exigem maior articulação de todos que integram o movimento sanitário brasileiro.

DOI: 10.1590/0103-110420151040001004

A conquista do SUS, na década de 1980, na contramão das políticas neoliberais da época, se deu em grande medida pela luta dos movimentos sociais e pelo reconhecimento da dívida social que o Estado brasileiro tinha para com a população. Pois bem, essa dívida ainda não foi paga, e as contradições de interesses no interior da sociedade estão cada vez mais acentuadas.

Nessa conjuntura, como mobilizar em defesa do sistema público os trabalhadores sindicalizados beneficiados por planos privados? Como construir uma hegemonia em torno da saúde como direito social no contraponto com a sua abordagem enquanto bem de consumo? O Cebes entende que cabe a nós, movimentos populares, sindicais, estudantis e trabalhadores da saúde, fazermos a nossa parte neste contexto histórico, ou seja, lutar pela defesa do direito à saúde e do SUS.

De forma oportuna, em 2015 o Brasil realizará a XV Conferência Nacional de Saúde, dezenas de conferências estaduais e milhares de conferências municipais e locais. É a oportunidade de reeditarmos o que foi a histórica VIII Conferência Nacional de Saúde, que mobilizou a sociedade brasileira na defesa do direito universal à saúde e de um sistema público e integral para todos.

O Cebes convoca o conjunto dos militantes da saúde a participar ativamente das conferências, em todos os níveis, debatendo os temas cruciais para efetivar o direito à saúde, que somente avançará com a consolidação do SUS. Nessas Conferências, devemos aprovar propostas e diretrizes que obriguem os governos e representantes políticos a passarem do discurso à prática, colocando a saúde no centro da agenda política e do projeto de desenvolvimento do País.

Diretoria Nacional do Cebes

Referências

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Proposta de Emenda à Constituição 451/14, de 22 de dezembro de 2014a*. Inclui como garantia fundamental, plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica. 2014. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=861000>. Acesso em: 04 mar. 2015.

_____. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2015.

_____. *Projeto de Lei 18, de 10 de dezembro de 2014b*. Reduz a zero as aliquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores;... Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1293062&filename=PLV+18/2014+MPV65614+=%3E+MPV+656/2014>. Acesso em: 04 mar. 2014.

For the universal right to health and for SUS!

On the first of January, 2015 a new presidential term and a new legislation on the National Congress began, which elections were marked by the strong presence, concerning campaign financing, of companies linked to the health market. The costs of such have already been felt and may be too high for the Unified Health System (*Sistema Único de Saúde – SUS*).

The scenery is complex and reflects the strategies for strengthening the health market, which throughout the years has been built and implemented under a weak regulation, tax subsidies, public funding and mechanisms that facilitate the presence and expansion of the private sector in the health sector in the country.

Once again, the electoral process rekindled the expectations of the Sanitary Reformation Movement (*Movimento da Reforma Sanitária – MRS*) towards the consolidation of the SUS. However, the optimism did not last too long, and the SUS started to pile up defeats within the Congress and the federal government itself.

The expectation of the *MRS* started being frustrated with the sanction, by the Presidency of the Republic, of the Conversion Act (*Lei de Conversão)* No. 18, from 2014, originated from the Provisional Measure (*Medida Provisória*) No. 656, from 2014, which changed the Law 8080/90, allowing "the direct or indirect participation, including the control, of companies or foreign capital in health care" (BRASIL, 2014B). This law is being questioned by the Direct Action of Unconstitutionality (*Ação Direta de Inconstitucionalidade – ADIn*), supported by entities of the sanitary movement who argue about its affront to the Federal Constitution. The Article 199 § 3 of the Constitution states that "It is forbidden the participation, direct or indirect, of companies or foreign capital in the health care in the country, except in those cases provided by law" (BRASIL, 1988). The new law makes the Constitution a "dead letter", worthless and ineffective, since there would be no conditionals for the presence of foreign capital in the national health market. The injunction, interposed together with the *ADIn*, claims for urgent intervention, because, if put into practice, this new legal provision endangers the right to health.

Another setback faced by the *SUS* was the recent approval, in the House of Representatives *(Câmara dos Deputados),* of the Proposal for Constitutional Amendment (*Proposta de Emenda Constitucional – PEC*) — the Authoritative Budget (*Orçamento Impositivo*) *PEC* —, which should withdraw from the health budget the amount of R$10 billion and furthermore change the bases of calculations that deepens the sectorial underfunding. Only 44 parliamentarians (less than 10% of the total) voted in favor of the SUS and against the institutionalization of the underfunding resulted from the new rule.

Now the House of the People brings into question a *PEC* that ultimately and utterly destroys the responsibility of the State through the *SUS* to provide the universal right to health. This is about the PEC 451/14, authored by the president of the House of Representatives, Eduardo Cunha, forcing every employer, urban or rural, to pay for private health insurance for their employees (BRASIL, 2014). Drop your jaws: the congressman's grounding, he who in his own election received financial support from the private health companies, is the right to health advocated and provided in the Article 196 of the Federal Constitution/1988.

Make no mistake, these facts are political decisions resulted from the liberal hegemony

DOI: 10.1590/0103-110420151040001004

that continuously controls the State, society and public institutions and are firmly established inside the Congress and the federal government, in a new conservative offensive in favor of the market and capital and against the *SUS*. This poses new challenges that require a greater articulation of all of those who are a part of the Brazilian sanitary movement.

The achievement of the *SUS*, back in the 80's, against the grains of the neoliberal policies of the time, occurred largely because of the struggle of social movements and the recognition of the social debt that the Brazilian State held with its population. Well, such debt has not yet been paid, and the conflicts of interest in the core of society are ever more accentuated.

At this juncture, how do we mobilize unionized workers who benefit from private health plans in defense of the public system? How do we build a hegemony around health as a social right in contrast with its approach as a commodity? The *Cebes* understands that it is up to us to carry out popular, union, student and health worker movements, to do our part in this historical context, that is, to fight to defend the right to health and to *SUS*.

In a timely manner, in 2015 Brazil will hold the XV National Conference on Health, dozens of state conferences and thousands of municipal and local conferences. This is the opportunity that we have to reenact what the VIII National Conference on Health accomplished, which mobilized the Brazilian society in defense of the universal right to health and a public and comprehensive system for all.

The Cebes summons all health militants to actively participate in the conferences, at all levels, debating crucial themes to effect the right to health, which will only advance with the consolidation of the *SUS*. At these conferences, we must approve proposals and guidelines that will oblige governs and political representatives to move from speech to act, putting health in the center of the political agenda and of the development project for this country.

Cebes National Board

References

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. [acesso em 2015 mar. 04]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf

Brasil. Projeto de Lei 18, de 10 de dezembro de 2014b. Reduz a zero as aliquotas da Contribuição para o PIS/PASEP, da COFINS, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores;... [acesso em 2014 mar. 04]. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1293062&filename=PLV+18/2014+MPV65614+=%3E+MPV+656/2014

Câmara dos Deputados (BR). Proposta de Emenda à Constituição 451/14, de 22 de dezembro de 2014. Inclui como garantia fundamental, plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica. 2014 [acesso em 2015 mar. 04]. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=861000

Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ)

Difficulties and confronting strategies regarding the work management in the Family Health Strategy, in the perspective of local managers: the experience of the municipalities of Rio de Janeiro (RJ) and Duque de Caxias (RJ)

Carinne Magnago[1], Celia Regina Pierantoni[2]

RESUMO Objetivou-se identificar as dificuldades e as estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF). Estudo exploratório, qualitativo, cujos dados foram coletados em 2011, por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ), e submetidos à análise de conteúdo. Constituem dificuldades: infraestrutura precária e baixa remuneração. As estratégias para atração e fixação profissional incluem: melhorias em infraestrutura e qualificação. A consolidação da ESF nas metrópoles tem potencialidade de despertar transformações no modelo de atenção que concretizem a saúde como direito social.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Administração de recursos humanos em saúde; Recursos humanos em saúde; Metrópoles.

ABSTRACT *It aimed to identify the difficulties and confronting strategies regarding to the labor management in the Family Health Strategy* (ESF). *Exploratory and qualitative study, whose data were collected in 2011, through semi-structured interviews with managers of the municipalities of Rio de Janeiro (RJ) and Duque de Caxias (RJ), and subjected to content analysis. There are difficulties: precarious infrastructure and low income. Strategies for attracting and professional fixing include: improvements in infrastructure and qualification. The consolidation of the* ESF *in the metropolis has a potential of awakening changes in the model of care that contribute for the materialization of the health as a social right.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Family Health Strategy; Human resources for health management; Human resources for health; Metropolis.*

[1] Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Instituto de Medicina Social (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *carinne.mag@gmail.com*

[2] Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Instituto de Medicina Social (IMS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *cpierantoni@gmail.com*

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF), anteriormente denominada Programa Saúde da Família (PSF), foi criada em 1994, com o objetivo de reorganizar a Atenção Básica (AB), tanto no que se refere às demandas populacionais quanto no que se refere às práticas de saúde. Esse modelo de atenção derivou do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), já em prática no País desde 1991, que, por sua vez, foi inspirado em experiências de outros países, como Canadá, Inglaterra e Cuba, que já desenvolviam modelos de assistência com foco na família (VIANA; DAL POZ, 2005).

O modelo de atenção à saúde proposto pela ESF pretende melhorar o estado de saúde da população priorizando ações de promoção e prevenção, e adotando como unidades de cuidado a família e a comunidade, tornando-se porta de entrada do sistema de saúde e garantindo, por consequência, a hierarquização da assistência.

Nos anos iniciais, o Pacs e a ESF eram prioritários em regiões com maior vulnerabilidade social, de modo que o financiamento federal para tais programas impulsionou a implantação e a expansão de equipes para todo o território nacional, sobretudo nos municípios de baixa densidade demográfica e de pequena ou inexistente rede estruturada de serviços. Nos grandes centros urbanos, por sua vez, a evolução da cobertura se deu de maneira mais lenta porque se deparou com um

> elevado grau de exclusão do acesso aos serviços de saúde, agravos de saúde característicos das grandes cidades e metrópoles, e uma oferta consolidada em rede assistencial desarticulada e mal distribuída (ESCOREL *ET AL.*, 2007, P. 165).

A expansão de cobertura nas metrópoles exige maior disponibilidade de recursos financeiros, materiais e humanos, bem como o enfrentamento das

> resistências corporativas em alterar o processo de trabalho consagrado na lógica de intervenção médica vigente e a dificuldade em superar ou integrar as dimensões de promoção e prevenção às ações de assistência médica (BRASIL, 2002, P. 19).

Constituem-se como dificultadoras do processo de reorganização da rede de saúde das metrópoles algumas particularidades dessas regiões arroladas às demandas da saúde e, por consequência, aos modelos assistenciais. Entre elas, podem ser citadas as alterações demográficas e epidemiológicas imprimidas principalmente pela intensa migração para as grandes cidades, bem como as desigualdades sociais e econômicas que implicam no perfil da demanda e na dificuldade de acesso aos serviços de saúde, associadas à presença de forças paralelas ao Estado legal, como o crime organizado e o tráfico de drogas (CAETANO; DAIN, 2002; CAMPOS; AGUIAR; OLIVEIRA, 2002).

Nos grandes centros, notam-se, ainda, dificuldades relacionadas aos Recursos Humanos em Saúde (RHS), tais como: escassez de profissionais qualificados e com perfil para atuar na AB; modalidades de contrato precárias; e alto índice de rotatividade (NEY; RODRIGUES, 2012; PIERANTONI *ET AL.*, 2010; CAMPOS; AGUIAR; OLIVEIRA, 2002).

Nessa conjuntura, justifica-se o desafio de estudar municípios de grande porte que ainda apresentam dificuldades em consolidar a ESF e fixar profissionais de saúde, não obstante possuírem mercado de trabalho favorável, com maiores possibilidades de progressão acadêmica e profissional, além de ganhos salariais.

Pretende-se contribuir com a elucidação de fatores que dificultam a gestão do trabalho na ESF, nas metrópoles, e apontar estratégias que possam fortalecer a AB por meio da gestão do trabalho.

Partindo desse contexto, o objetivo deste artigo foi identificar as principais dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho percebidas por gestores de RHS.

Metodologia

Estudo exploratório de abordagem qualitativa, que teve como cenário de pesquisa os municípios do Rio de Janeiro e de Duque de Caxias, que se localizam na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro e possuem, respectivamente, 6.320.446 e 855.048 habitantes.

Como técnica de coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, gravada e conduzida com o auxílio de questionário que continha 38 questões divididas em 2 blocos, a saber: (i) Dados de identificação; e (ii) A gestão do trabalho na saúde da família.

Foram entrevistados sete gestores, dentre os quais, quatro do Rio de Janeiro (RJ) e três de Duque de Caxias (RJ). Adotou-se como critério de elegibilidade exercer ou ter exercido cargo de gestão na ESF em um dos municípios estudados; e, como critério de exclusão, não estar disponível no período determinado para a coleta de dados – o segundo semestre de 2011.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, submetidas à análise de conteúdo temático e operacionalizadas em três etapas: (i) pré-análise, que consistiu na organização do material a ser analisado mediante leitura e demarcação dos trechos a serem trabalhados; (ii) codificação, classificação e categorização do material; e (iii) interpretação dos resultados (BARDIN, 2002).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob o registro CAAE 0031.0.259.000-11.

Resultados

Perfil dos entrevistados

Foram entrevistados 7 gestores, dos quais a maior parte homens; entre 30 e 40 anos; médicos; com tempo de formação entre 5 e 10 anos; tempo no cargo inferior a 5 anos; pós-graduados em áreas afins à saúde coletiva; com experiência prévia na ESF e em gestão; estatutários; jornada de trabalho de 40 horas com dedicação exclusiva; e com percepção de salários superiores a R$ 6 mil.

Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família

Da análise das entrevistas emergiram quatro eixos de discussão, quais sejam: processos educativos; modelo de atenção à saúde; infraestrutura; e vínculos e remuneração, os quais se encontram apresentados segundo o município estudado.

RIO DE JANEIRO

Dentre as principais dificuldades relacionadas aos recursos humanos, os gestores do Rio de Janeiro (RJ) citam a deficiência no processo de formação, que ainda não prepara o profissional para atuar no âmbito da AB, especialmente o médico. E, nesse sentido, o município tem investido não somente na aproximação da rede de saúde com a universidade, mas também na qualificação da sua força de trabalho, disponibilizando cursos técnicos, de especialização e mestrado.

> *A maior dificuldade hoje talvez seja a fixação do profissional médico, por falta de formação desses profissionais. E aí, a gente está investindo pesadamente em abrir campos de estágios para todas as universidades que tenham interesse. A secretaria está gastando aproximadamente R$ 10 milhões por ano, com cursos, com processos educativos formais.*

Também como dificuldade no processo de gestão do trabalho, há a percepção de que os profissionais e usuários ainda relutam em compreender e aceitar a mudança do modelo de gestão, de um centrado no médico, com foco na doença e organizado por demanda espontânea, para um que se

alicerça na equipe multiprofissional e nas ações de caráter de promoção e prevenção de saúde.

> *Tem sido muito difícil fazer a mudança do modelo [...]. Conciliar isso com a satisfação dos profissionais e com a expectativa da população é um desafio para todos os sistemas do mundo.*

No que tange aos obstáculos mais diretamente relacionados à gestão do trabalho, os gestores citaram os vínculos empregatícios e a remuneração praticada pelo município, mas afirmam que o cenário tem apresentado mudanças significativas desde que as equipes de saúde da família passaram a ser geridas pelas Organizações Sociais (OS).

> *Até 2009, tínhamos profissionais contratados por várias formas, [...] formas mais precárias possíveis. Hoje a gente só tem dois tipos de contratação: estatutário ou funcionário CLT contratado via Organização Social. [...] A gente consegue, através do funcionário CLT, ter uma autonomia um pouco maior de acompanhar o mercado de trabalho e praticar salários iguais ou acima do mercado para poder fixar.*

Não obstante, há atritos entre os servidores e os contratados pelas OS, já que se praticam salários e gratificações diferenciadas quando as atividades desenvolvidas são as mesmas.

> *A gratificação que hoje é paga pelo município ao servidor, comparada à que é paga pela Organização Social, é destoante, [...]de certa forma desestimula um pouco o servidor, principalmente, se você considerar que, desde 2002, esta gratificação existe e [...] permanece com valor inalterado. [...] Uma das maiores dificuldades é tentar criar um ambiente menos conflituoso, menos hostil entre essas duas partes.*

A infraestrutura, apesar de referida pelos entrevistados como um fator importante no processo de gestão, já que gera desestímulo aos trabalhadores, está sendo foco de atenção. A prefeitura tem investido na construção de novas unidades e reforma das já existentes.

DUQUE DE CAXIAS

Assim como os gestores do Rio de Janeiro (RJ), os entrevistados de Duque de Caxias (RJ) também apontaram a deficiência da formação e a aceitação do modelo de gestão alicerçado na saúde da família como fatores que dificultam o processo de gestão do trabalho. Estes implicam na desvalorização do vínculo com o usuário e limitam o desenvolvimento da AB.*"A faculdade ainda forma muito pouco para o SUS".*

> *Outra dificuldade é vínculo com o paciente. [...]. Isso, para alguns, é maravilhoso; para outros, é assustador [...] principalmente, para o médico. Acho que, na formação profissional, o enfermeiro é muito preparado para fazer vínculo, mas o médico ainda hoje é muito pouco preparado [...].*

Assim, na perspectiva de aprimorar o atendimento dos usuários da ESF, realizado pelos profissionais de saúde, e ampliar o número de trabalhadores capacitados para atuar na AB, o município vem adotando estratégias de qualificação da sua força de trabalho. *"Oferecemos especialização em saúde da família [...] A gente tem incentivado o profissional a ter título de especialista."*

No que tange à renumeração, os gestores mostram-se preocupados, sobretudo, em decorrência das investidas do município do Rio de Janeiro (RJ) para atrair profissionais, e cujo maior trunfo é o salário, que é superior ao oferecido por Duque de Caxias (RJ).

> *O salário é outro problema para o profissional. [...] O cara vai lá, dá um plantão de 24 horas e ganha R$ 7 mil. Já aquele que está na saúde da família, naquela dedicação toda, com o vínculo com paciente, tem um salário que não chega a R$ 5 mil. Então, isso desmotiva o profissional.*

Está havendo uma migração de profissionais, quando existe concurso público de outro município. [...] Nos dias de hoje, o que acontece é a remuneração baixa em relação à cidade do Rio de Janeiro (RJ).

A infraestrutura precária também foi citada como limitação ao processo de gestão, dado que a mesma dificulta o desenvolvimento das atividades e implica na insatisfação dos profissionais de saúde: *"As unidades de PSF são puxadinhos, no meio de qualquer lugar, casa adaptada com teto caindo, sem estrutura nenhuma [...]"*.

Nesses últimos aspectos, o município não tem conseguido efetivar estratégias de melhoria, seja no que se refere aos salários – em virtude da isonomia salarial, cujo aumento só pode se dar no âmbito do quadro geral da prefeitura –, seja com relação à infraestrutura, porque grande parte das Unidades de Saúde da Família existentes ou funcionam em locais alugados ou a prefeitura não possui, dos mesmos, os títulos de propriedade, de modo que não se podem promover reformas.

Discussão

Este artigo aborda as dificuldades relativas à gestão do trabalho da ESF percebidas pelos gestores de dois grandes municípios do Estado do Rio de Janeiro e as suas estratégias de enfrentamento. De um lado, a capital do Estado, que conjuga profissionais de vínculos e remuneração diferenciados: os estatutários e celetistas via OS. De outro, Duque de Caxias (RJ), que pratica a isonomia salarial para os servidores públicos em decorrência do nível de escolaridade.

Não obstante as diferenças dos agentes contratantes em relação aos vínculos e à remuneração, as dificuldades relativas à gestão do trabalho se assemelham nos dois municípios, segundo a percepção dos gestores. Dentre elas, foram citadas as limitações impostas por um processo de formação deficiente, que não prepara os profissionais para aceitarem e atuarem na perspectiva do modelo de gestão apregoado pelo SUS; a infraestrutura precária; e os vínculos e a remuneração praticados.

No que tange à formação de profissionais de saúde, é sabido que o sistema ainda carece de mão de obra com expertise e perfil para trabalhar na ESF, dado que, ainda hoje, o ensino ainda é influenciado pela concepção flexneriana e pela lógica de fragmentação dos conhecimentos (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Ainda pouco se valoriza a formação generalista dos profissionais de saúde, principalmente na medicina, ciência em que diversas especialidades se desenvolveram, provocando a fragmentação do cuidado e o desestímulo à obtenção de conhecimentos científicos comuns (FERREIRA; FIORINI; CRIVELARO, 2010).

Ademais, a hierarquização e a desintegração do conhecimento, bem como o ensino prático – que dicotomiza teoria e prática – ainda em pauta nas universidades, potencializam as resistências às mudanças, distanciando o profissional de saúde do serviço público e da AB (FERREIRA; FIORINI; CRIVELARO, 2010). Por consequência, reforça-se uma formação em saúde pautada em mecanicismo, biologismo, individualismo, especialização e curativismo, robustecendo as práticas do modelo flexneriano.

Diante disso, o grande desafio é reconhecer as deficiências da formação profissional em saúde e promover modificações no ensino que possam contribuir para um processo formativo, que releve as necessidades da população e que seja embasado no modelo de saúde que estrutura o SUS.

Nesse sentido, reforça-se a necessidade da criação de vínculos entre a universidade e a rede de saúde, para que os estudantes entrem em contato com a realidade da população e dos serviços de saúde pública e pratiquem efetivamente o exercício profissional na perspectiva do sistema de saúde.

O estreitamento do vínculo entre a rede de saúde e as instituições de ensino técnico e superior promoveria uma transformação no processo formativo dos profissionais de saúde, arrefeceria o sentimento de isolamento percebido por muitos profissionais da ESF, bem como induziria um processo de educação continuada e permanente com vistas à atualização constante dos profissionais.

Não obstante os cursos de capacitação se mostrarem importantes e eficazes para o preparo do profissional na lógica do serviço, eles não são capazes, *per si*, de provocar mudanças no âmbito do ensino superior. Seria preciso maior articulação entre o ensino e o serviço para que este possa apresentar as deficiências da formação, as qualidades e as necessidades *in loco* que devem ser levadas em consideração no estabelecimento de um processo formativo alicerçado nas demandas do sistema de saúde e da população usuária (MOIMAZ *ET AL.*, 2010).

Uma das dificuldades apontadas pelos gestores diz respeito à aceitação e ao entendimento do novo modelo de atenção orientado pela ESF. Encarar a transição do modelo de atenção flexneriano para o de vigilância em saúde configura-se como uma dificuldade enfrentada por trabalhadores, gestores e usuários. A resistência à mudança implica em obstáculo para o desenvolvimento e a consolidação da ESF, sobretudo em grandes municípios, onde ainda impera a rede de serviços terciária.

Quando comparados à AB, os serviços terciários ainda são mais valorizados, apreciados como mais complexos e resolutivos, visto que concentram maior gama de equipamentos, técnicas de cuidado e atuam em diferentes situações que incorrem risco de vida. E, neste sentido, valorizam-se muito os conhecimentos biológicos, patológicos e técnicos (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007).

Nessa seara, estudos anteriores apontam alguns problemas para a consolidação da ESF no município de Duque de Caxias (RJ) – entre eles, a predominância das unidades básicas de saúde tradicionais com programas de saúde pública (MENDONÇA *ET AL.*, 2006). Este município permanece mantendo o modelo tradicional de AB associado ao modelo da ESF. De tal modo, a ESF parece funcionar em caráter complementar e não em caráter substitutivo, visto que foi implantada e ainda se mantém como estrutura paralela à rede de saúde.

Ainda no que diz respeito ao modelo de atenção, os gestores de Duque de Caxias (RJ) ainda discorreram sobre outro problema enfrentado atualmente: o vínculo com o usuário, que intimida alguns profissionais, gerando, por consequência, a desaprovação, por parte da comunidade, para com esse profissional e, por vezes, com a equipe.

O vínculo com os usuários do serviço de saúde fomenta a efetividade das ações assistenciais, facilita a continuidade do acompanhamento terapêutico e favorece a participação ativa do usuário durante o cuidado, sendo, portanto, um dos pilares da ESF.

Muitas dificuldades vivenciadas por profissionais da ESF são atribuídas à organização do serviço, que, via de regra, é marcada por precariedade na infraestrutura. Todos os entrevistados realçaram a infraestrutura como sendo um fator importante a ser melhorado. O município do Rio de Janeiro (RJ) já vem empreendendo esforços neste sentido. Os gestores de Duque de Caxias (RJ), por outro lado, referem este como sendo um dos maiores motivos para a alta rotatividade de profissionais no município (MAGNAGO; PIERANTONI, 2014).

Pesquisa realizada por Ney e Rodrigues (2012) já havia identificado os problemas estruturais, as condições de trabalho inadequadas e insalubres das Unidades de Saúde da Família do município de Duque de Caxias (RJ).

A boa estruturação da ESF confere maior resolutividade no âmbito da AB, reduzindo a procura de serviços de maior complexidade, o uso exagerado de medicamentos e de equipamentos de alta tecnologia, bem como favorecendo a reorganização da demanda. A precariedade da infraestrutura relatada pelos gestores dificulta a ampliação e o

aprimoramento da rede básica de saúde via ESF, apontando a urgência de estratégias jurídicas que permitam a regularização das unidades de saúde de Duque de Caxias (RJ) e estejam habilitadas para a recepção de investimentos financeiros a serem alocados na melhoria dessa infraestrutura.

No que tange à remuneração e aos vínculos empregatícios, o cenário tem se apresentado melhor e cada vez mais promissor no município do Rio de Janeiro (RJ), segundo os gestores. Para eles, a responsabilidade deste feito, em parte, recai sobre a parceria estabelecida com as OS, que permitiu uma remuneração acima dos níveis salariais pagos pelo mercado de trabalho. Por outro lado, a contratação de profissionais de modo indireto gerou conflitos entre os servidores públicos municipais já atuantes na ESF e os profissionais contratados, uma vez que estes recebem salários superiores aos estatutários. Mesmo diante deste cenário, os benefícios da contratação indireta de recursos humanos parecem sobrepujar as desvantagens.

O valor dos salários representa hoje, para o Rio de Janeiro (RJ), uma estratégia eficaz de fixar os profissionais, ao passo que Duque de Caxias (RJ) tem enfrentado grandes dificuldades em manter a força de trabalho, especialmente médicos, com o salário ora praticado, computando, por exemplo, perda de profissionais para municípios vizinhos, como o próprio Rio de Janeiro (RJ).

O município de Duque de Caxias (RJ) pratica a isonomia salarial, de modo que os valores dos salários de enfermeiros e odontólogos ainda são superiores aos empregados pelo mercado de trabalho. Por outro lado, a isonomia salarial representa incômodo aos médicos, pois estes acreditam merecer um salário maior em virtude da alta responsabilidade que lhes é imputada. Adicionalmente, eles afirmam receber salários destoantes em relação às cargas horárias, às atribuições e aos valores pagos em outros municípios e, sobretudo, em relação a outras áreas de especialidade.

A gestão do trabalho na ESF dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ) apresenta diversos problemas que retardam o processo de consolidação do SUS. O cenário evidenciado por esta pesquisa não difere da realidade vivenciada por outros municípios.

Pesquisa realizada em quatro municípios com experiência consolidada de implementação da ESF apontou que a gestão do trabalho no âmbito da ESF tem buscado alternativas para a resolução de problemas relativos à consolidação do SUS municipal, tais como: regularização de vínculos, realização de concursos públicos, valorização da qualificação profissional, e remuneração adequada e recompensas para atuação em áreas de risco (MENDONÇA *ET AL.*, 2010).

Neste cenário, o avanço da ESF nos municípios de grande porte está condicionado a diversas mudanças no âmbito da gestão do trabalho, que perpassam não apenas a possibilidade de se obter profissionais de saúde habilitados a atuarem na perspectiva do SUS, mas também a oferta de postos de trabalho com salários competitivos no mercado de trabalho e que valorizem a dedicação do profissional ao serviço. E que, ainda, possa garantir a segurança e os insumos necessários ao desenvolvimento do trabalho.

Outro fator que imprime dificuldades à ESF é a falta de prestígio do médico de família por parte das entidades médicas e dos próprios colegas de profissão. Alia-se, a isso, a hegemonia ainda hoje exercida pelos médicos e incitada pelas instituições de ensino, que se constituem como entraves para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional e para o fortalecimento e o reconhecimento do papel assistencial de outros profissionais, obstando a possibilidade de ampliação da capacidade assistencial da ESF e a efetividade da Atenção Primária à Saúde.

Como nós críticos a serem desfeitos, e que foram citados pelos gestores, ainda têm-se o isolamento dos profissionais da saúde da família e o alto índice de rotatividade decorrente das dificuldades apresentadas neste artigo, bem como da localização das Unidades de Saúde da Família.

Conclusão

Diante do exposto, evidencia-se que a gestão de RHS apresenta profundos contrastes entre os municípios pesquisados. No Rio de Janeiro (RJ), a contratação se dá por meio de organizações sociais que oferecem salários superiores à média praticada nos municípios vizinhos. Em Duque de Caxias (RJ), por sua vez, é praticada a isonomia salarial entre os profissionais de níveis equivalentes de escolaridade, o que se demonstrou como uma relevante iniciativa, rompendo, de certa forma, com o *status quo* nacional.

Diante desse cenário, foi possível perceber que o município do Rio de Janeiro (RJ), apesar dos problemas relatados, tem apresentado admiráveis mudanças, que demonstram uma postura de priorização da AB. Duque de Caxias (RJ) também caminha nessa direção, porém expõe maiores dificuldades em articular novas propostas que fomentem a priorização da ESF.

Em linhas gerais, o município do Rio de Janeiro (RJ) mostra um cenário mais atraente para os profissionais da ESF. A única vantagem de Duque de Caxias (RJ) evidenciada é a contratação direta pela prefeitura com vinculação estatutária, característica que se mostra mais interessante para os odontólogos e enfermeiros. Por outro lado, ser estatutário em Duque de Caxias (RJ) significa dizer que o aumento salarial só existirá quando o aumento se der para todos os servidores municipais.

Ante os resultados evidenciados, sugere-se: (i) reestruturação dos currículos de graduação das áreas da saúde que permitam aos cursos adequar-se às necessidades do SUS e às do novo modelo de atenção alicerçado na AB; (ii) estreitamento do vínculo entre as instituições de ensino superior e a rede de saúde que possibilitem a inserção de estudantes de graduação nas unidades de saúde, com vistas à ambientação na realidade social; (iii) ampliação de vagas em residências multiprofissionais e de uma política de valorização do trabalhador especializado em saúde da família; (iv) estabelecimento de fóruns de negociação com as representações das diversas categorias de saúde para a construção de uma concordância sobre as áreas de exercício profissional, no sentido de enfraquecer a hegemonia médica e ampliar as áreas de atuação dos demais profissionais, com vistas a ampliar a envergadura assistencial da ESF.

A consolidação da ESF nas metrópoles tem a potencialidade de despertar transformações no modelo de atenção que concretizem a saúde como direito social. ■

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. *Análise de Reestruturação dos Modelos Assistenciais de Saúde em Grandes Cidades*: padrões de custos e forma de financiamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 11-23, jan/jun. 2002.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A.; OLIVEIRA, V. B. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.47-58, 2002.

ESCOREL, S. et al. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Pan American Journal of Public Health*, Washington, v. 21, n. 2/3, 2007, p. 164-176.

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da atenção básica em saúde na perspectiva docente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 207-215, 2010.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. A percepção de gestores dos municípios de Duque de Caxias e Rio de Janeiro quanto à rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família. *Revista Cereus*, Gurupi, v. 6, n. 1, p. 03-18, jan./abr. 2014.

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

MENDONÇA, M. H. M. M. et al. (Coord.). *Relatório Estudo de Linha de Base* – Projeto de Expansão da Estratégia de Saúde da Família no Município de Duque de Caxias, Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Práticas de ensino-aprendizagem com base em cenários reais. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 14, n. 32, p. 69-79, jan./mar. 2010.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; MONTEIRO, V. O. et al. Reconfigurando perfis profissionais: a especialização em saúde da família. In: PIERANTONI, C. R.; VIANA, A. L. D. (Org.). *Educação e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 224-39.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 12, supl., p. 255-264, 2005.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em novembro de 2014
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná

Employment bonds in the health sector: the precariousness scenery at the Western macro-region of Paraná (BR)

Leonardo Dresch Eberhardt[1], Manoela de Carvalho[2], Neide Tiemi Murofuse[3]

RESUMO Com o objetivo de identificar, na macrorregião oeste do estado do Paraná, os trabalhadores da saúde submetidos a vínculos de trabalho precários, foi realizado um estudo quantitativo, com análise estatística descritiva simples, utilizando dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, coletados em março de 2014. Identificou-se a presença de 10.330 vínculos precários, que representam 36,46% do universo da pesquisa. A situação da precarização dos vínculos trabalhistas esteve mais presente entre os profissionais de nível superior que desempenham atividades nucleares. Observou-se a necessidade de aprofundar estudos a respeito de todas as dimensões do trabalho precário em saúde.

PALAVRAS-CHAVE Força de trabalho; Recursos humanos em saúde; Emprego; Relações trabalhistas; Gestão em saúde.

ABSTRACT *With the aim of identifying, at the western macro-region of Paraná, the health workers submitted to precarious employment bonds, it was carried out a quantitative study, with simple descriptive statistical analysis, by using data from the National Registration of Health Establishments, collected on March, 2014. It was identified the presence of10.330 precarious bonds, which represent 36,46% of the research universe. The situation of precariousness of the employment bonds was mostly present among the higher education professionals that develop nuclear activities. It was observed the necessity to deepen studies about every dimension of precarious working in health.*

KEYWORDS *Labor force; Human resources in health; Employment; Labor relations; Health management*.

[1] Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste)–Cascavel (PR), Brasil. *leonardodeberhardt@gmail.com*

[2] Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil. *manoela.carvalho@unioeste.br*

[3] Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste)–Cascavel (PR), Brasil. *neidetm@hotmail.com*

 DOI: 10.1590/0103-110420151040432

Introdução

O problema da precarização do trabalho vem se constituindo como preocupação de diversos campos do conhecimento, com destaque para a sociologia do trabalho, a gestão do trabalho e a saúde do trabalhador. Inúmeros estudos têm sido publicados a respeito dessa temática, especialmente nas duas últimas décadas (ANTUNES, 1995; KOSTER, 2008; KALLEBERG, 2009; SILVEIRA *ET AL.*, 2010; FARIA; DALBELLO-ARAUJO, 2011).

Além de preocupar pesquisadores, a precarização do trabalho vem ocupando lugar especial na agenda de ações de diversos atores sociais e órgãos governamentais nacionais e internacionais, como o Ministério da Saúde brasileiro, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), entre outros ministérios e secretarias voltados às questões relacionadas à saúde (KALLEBERG, 2009; BRASIL, 2006A; 2011). A questão da precarização do trabalho no setor saúde tem sido apontada como um desafio para a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006A).

Definir o conceito de precarização do trabalho é uma tarefa complexa. Kalleberg (2009) define 'trabalho precário' como o trabalho incerto e imprevisível, no qual os riscos empregatícios são assumidos principalmente pelos trabalhadores e não pelos seus empregadores ou pelo governo. Borsoi (2011), por sua vez, considera a precarização do trabalho, atualmente, como um resultado da flexibilização de direitos trabalhistas historicamente conquistados pela classe trabalhadora. Antunes (1995) aponta que a precarização do trabalho vivenciada contemporaneamente é um dos resultados da reestruturação produtiva do capital operada a partir da década de 1970, caracterizada pela passagem da organização taylorista-fordista da produção para uma organização toyotista, que estimula a adoção de vínculos de trabalho mais flexíveis, do ponto de vista do empregador, e mais precários, do ponto de vista do trabalhador.

O Ministério da Saúde define trabalho precário como aquele realizado sem a proteção social do trabalhador e, na administração pública, engloba também todo trabalho realizado sem concurso público (BRASIL, 2009). O Conasems e o Conass consideram como precário o trabalho realizado sem garantia de direitos sociais para os trabalhadores, porém defendem a flexibilização do trabalho em certos casos (KOSTER, 2008).

No setor saúde, vários autores (KOSTER, 2008; ANDRADE, 2009; GARCIA, 2010; ENTRE OUTROS) têm apontado que a precarização do trabalho se intensificou em decorrência da Reforma do Estado operada no Brasil, na década de 1990, que objetivava 'reduzir o papel do Estado' e seu 'tamanho'. Tal operação teve como fundamento teórico-político o ideário neoliberal, cujo arcabouço teórico foi elaborado por Hayek, Friedman, Popper e outros, entre as décadas de 1940 e 1960 (ANDERSON, 2003). Esse arcabouço restaura o mercado como instância mediadora societal elementar e insuperável, e propõe o Estado mínimo[1] como única alternativa e forma para a democracia. Tais ideias eram, em sua essência, uma resposta ao Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) construído na Europa, no segundo pós-guerra (PAULO NETTO, 1993).

Esse ideário passou a ganhar força após a crise do Estado de Bem-Estar (ou a crise do padrão de acumulação fordista-keynesiano), no início da década de 1970 (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011). O controle e a organização do trabalho baseados nos pressupostos tayloristas-fordistas impuseram limites para a expansão do capital, havendo a necessidade de reorganização das relações trabalhistas segundo os preceitos de desregulamentação e flexibilização de tais vínculos sugeridos pelo modelo toyotista de gestão do trabalho.

[1] Paulo Netto (1993) explica que a pretensão do ideário neoliberal não é a 'redução da intervenção do Estado', mas sim direcionar essas intervenções para os interesses da classe burguesa. Trata-se, portanto, de um 'Estado mínimo' para os trabalhadores e, ao mesmo tempo, de um 'Estado máximo' para o capital.

> O trabalho passa a ser desregulamentado e flexibilizado para dotar o capital de ferramentas necessárias a sua adaptação às crises. Este movimento acaba por afetar direitos trabalhistas e tornar as relações transitórias. Também não se limitou a um só ramo produtivo, afetando também serviços públicos, como os do SUS, minando a potência desta nossa política social. (FARIA; DALBELLO-ARAÚJO, 2011, P. 145).

No setor saúde, a questão da precarização do trabalho tem sido apontada como um desafio para a gestão do trabalho no SUS. Nessa perspectiva, considerando a importância do tema e com a finalidade de conhecer o cenário de precarização do trabalho em saúde na macrorregião oeste do Paraná, este estudo se propõe a: 1. Descrever, quantitativamente, 'quem' ocupa os vínculos precários do setor saúde nessa macrorregião, quanto à formação profissional, ao nível de formação e ao tipo de atividade que desempenha; e 2. Identificar a distribuição dos vínculos precários de trabalho conforme o município, a esfera administrativa e a classificação por serviço de atenção. Atingindo tais objetivos, espera-se contribuir para o planejamento de ações que visem à proteção social dos trabalhadores em condições precárias.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo descritivo vinculado ao projeto de pesquisa 'Força de trabalho em saúde: estrutura, dinâmica e tendência na macrorregião oeste do Paraná', financiado pela Fundação Araucária (Chamada Pública 04/2012 – Programa de pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão compartilhada em saúde PPSUS – Edição 2011. Processo nº 35038), que tem como objetivo central caracterizar o perfil da força de trabalho em saúde na macrorregião oeste do Paraná quanto à oferta, à composição, à distribuição e aos vínculos de trabalho. Por utilizar dados públicos, não foi necessária a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Foram garantidos o sigilo e o anonimato dos envolvidos.

A primeira fase da pesquisa constituiu-se em uma revisão bibliográfica a respeito da gestão do trabalho no SUS, realizada no decorrer de 2013, utilizando textos publicados até este mesmo ano. A busca dos textos foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde[2], utilizando as palavras-chave 'gestão do trabalho' e 'precarização', no título e em método integrado. Foram selecionadas publicações com texto completo e que tratavam especificamente do trabalho na área da saúde.

A segunda fase consistiu na coleta de dados da macrorregião oeste do Paraná. O Plano Diretor de Regionalização do Paraná, instrumento de ordenamento da hierarquização e da regionalização da assistência à saúde no Estado, propõe a definição de seis macrorregiões, com o objetivo de articular os atores e somar esforços para a solução de problemas comuns. Atualmente, a macrorregião oeste é composta por cinco regionais, devido a uma redistribuição das regionais de saúde, ocorrida após o início do presente estudo. No entanto, no presente estudo, para a análise da macrorregião oeste, foram consideradas quatro regionais de saúde (8ª, 9ª, 10ª e 20ª), totalizando 79 municípios e uma população de 1.647.657 habitantes (PARANÁ, 2009).

Os dados a respeito da força de trabalho em atuação nos serviços de saúde da macrorregião oeste foram coletados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), em março de 2014. Segundo o próprio site do CNES (BRASIL, 2014), o cadastro visa disponibilizar informações das atuais condições de infraestrutura e de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas. O cadastro abrange a totalidade dos estabelecimentos de saúde existentes no País, sejam eles prestadores de serviços de saúde ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou não (BRASIL, 2006B).

[2] Disponível em: <http://www.bireme.br/php/index.php>

O universo da pesquisa contemplou 28.329 vínculos de trabalho, distribuídos em diversos estabelecimentos de saúde. Para este estudo, foram selecionados os 10.330 vínculos classificados como precários. Para a organização e a sistematização das informações coletadas por meio da consulta ao CNES, foi construído um banco de dados utilizando o software Microsoft Excel. Este software também foi utilizado para a realização da análise dos dados, que se constituiu em uma análise estatística descritiva simples.

Os dados coletados foram classificados em seis grupos: a) tipos de vínculos de trabalho; b) nível de formação dos trabalhadores; c) atividades desenvolvidas; d) tipo de serviços de saúde; e) tipo de esfera administrativa; e f) porte dos municípios. No primeiro grupo referente aos vínculos de trabalho, o agrupamento foi feito de três maneiras: protegidos, precários ou sem informação. No grupo dos protegidos foram incluídos os seguintes vínculos: celetista, emprego público e estatutário. Foram considerados como vínculos precários: autonomia; bolsa; cargo comissionado; consultoria; contrato por prazo determinado; contrato verbal/informal; cooperativa; estágio; e residência. Na categoria 'autônomo' foram contemplados tanto os vínculos diretos, sem intermediação, quanto os intermediados por diferentes entidades, tais como: organização da sociedade civil de interesse público; entidade filantrópica e/ou sem fins lucrativos; cooperativa; empresa privada; empresa não governamental; e organização social. E foram classificados como 'sem informação' quando o tipo de vínculo não constava do CNES.

A segunda classificação foi quanto ao nível de formação dos trabalhadores: a) profissionais de saúde com formação de nível superior (médico, enfermeiro, dentista, assistente social etc.); b) profissionais e trabalhadores de saúde sem formação de nível superior (agente comunitário de saúde, atendente de farmácia, auxiliar de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, técnico de enfermagem etc.); c) outros trabalhadores de nível superior sem formação na área de saúde (administrador, engenheiro, advogado etc.); e d) outros trabalhadores sem identificação da formação (costureiro, cozinheiro, digitador, gerente etc.).

Para o agrupamento das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores, utilizou-se a metodologia proposta por Dedecca *et al.* (2005), sendo elas segmentadas em: nucleares; afins; apoio/manutenção; e sem informação, conforme sua relação mais ou menos direta com as atividades de atenção à saúde. Quanto aos serviços de atenção à saúde, estes foram classificados em: Atenção Básica (AB); atenção hospitalar; atenção intermediária; e serviços administrativos. E ainda houve a classificação dos serviços de saúde de acordo com a esfera administrativa: federal; estadual; municipal; e privada. Por fim, para a classificação dos portes dos municípios, tomou-se como referência a população residente nos mesmos, segmentadas em: a) menos de 5 mil habitantes; b) entre 5 mil e 20 mil habitantes; c) entre 20 mil e 50 mil habitantes; d) entre 50 mil e 100 mil habitantes; e e) mais de 100 mil habitantes.

Resultados e discussões

Do universo composto por 28.329 vínculos de trabalho, distribuídos em diversos estabelecimentos de saúde das quatro regionais de saúde (8ª, 9ª, 10ª e 20ª), obteve-se um total de 10.330 vínculos classificados como precários, correspondentes a 36,46% das modalidades de vinculação dos trabalhadores da saúde na macrorregião oeste do Paraná. Foram constatadas nove diferentes formas de integração dos trabalhadores da saúde ao mercado de trabalho, nessa região, sendo a grande maioria (75,99%) constituída pela vinculação 'autônoma', e parcela significativa (18,83%) representada pelos 'contrato por prazo determinado' (*tabela 1*).

Tabela 1. Distribuição dos tipos de vínculo precário segundo o nível de formação dos trabalhadores de saúde na macrorregião oeste do Paraná, 2014

Tipos de vínculos	Nível de formação									
	A		B		C		D		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Autônomo	7.251	70,19	409	3,96	74	0,72	116	1,12	7.850	75,99
Bolsa	40	0,39	-	-	-	-	-	-	40	0,39
Cargo comissionado	75	0,73	61	0,59	49	0,47	82	0,79	267	2,58
Consultoria	12	0,12	-	-	1	0,01	-	-	13	0,13
Contrato por prazo determinado	1.293	12,52	497	4,81	36	0,35	119	1,15	1.945	18,83
Contrato verbal/informal	54	0,52	11	0,11	11	0,11	15	0,15	91	0,88
Cooperativa	25	0,24	-	-	1	0,01	-	-	26	0,25
Estágio	6	0,06	20	0,19	-	-	19	0,18	45	0,44
Residência	53	0,51	-	-	-	-	-	-	53	0,51
Total	8.809	85,28	998	9,66	172	1,67	351	3,40	10.330	100

Fonte: BRASIL, 2014

Legenda: A – Profissionais de saúde com formação de nível superior; B – Profissionais e trabalhadores de saúde sem formação de nível superior; C – Outros trabalhadores de nível superior sem formação na área de saúde; D – Outros trabalhadores sem identificação da formação

A análise da distribuição dos vínculos precários de acordo com o nível de formação dos trabalhadores constatou que a maioria (85,28%) concentrava-se entre os profissionais de saúde com formação de nível superior (A), estando a maior parte na modalidade 'autônomo' (70,19%), seguida pela modalidade 'contrato por prazo determinado' (12,52%) (*tabela 1*). A situação de precariedade desse grupo de profissionais continua, ainda que se considere o número total de profissionais de saúde com nível superior do universo do estudo (N=14.846), representando 59,34% dos vínculos estabelecidos com esses profissionais.

Situação parecida é vivenciada pelos demais trabalhadores de nível superior sem formação na área da saúde (C). Os vínculos precários entre esses profissionais representam apenas 1,67% de todos os deste tipo. Entretanto, se resgatada a relação existente entre os vínculos precários e o total de vínculos estabelecidos com esses profissionais (N=391), percebe-se que 43,99% deles são precários. Ou seja, a situação dos profissionais com formação de nível superior é a mais precária.

A situação dos profissionais e trabalhadores da saúde sem formação de nível superior (B) e a dos trabalhadores sem informação do nível de formação (D) parecem melhores: entre os primeiros, de um total de 10.063 vínculos, 9,92% são precários; e entre os segundos, de um total de 3.029 vínculos, esse número sobre para 11,58%.

Esses resultados indicam que a precarização dos vínculos de trabalho no setor de saúde, apesar das ações desenvolvidas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde para combatê-la, desde os meados dos anos de 2003, por meio do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS) (BRASIL, 2006A), ainda persiste como um dos importantes problemas a serem equacionados no que se refere à força de trabalho, que afeta especialmente a organização da gestão dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Dentre as propostas de intervenção do DesprecarizaSUS, destaca-se a necessidade de implementação de uma nova política como alternativa contraposta à administração de recursos humanos, em que

o trabalhador, como sujeito fundamental do processo de trabalho em saúde e mediador do direito à saúde, seja percebido como um sujeito transformador e protagonista das práticas e políticas, e não como um mero recurso realizador de tarefas previamente estabelecidas pela gerência (BRASIL, 2009; AGUIAR FILHO, 2012).

No entanto, Nogueira (2006) ressalta que, na expressão 'desprecarização do trabalho', não está implícita a ideia de beneficiar o trabalhador com reparação de seus direitos ou da sua manutenção na função que vem exercendo. Ao contrário, entende-se que os já 'precarizados' deverão, mais cedo ou mais tarde, deixar suas funções, sendo substituídos por outros trabalhadores ingressantes na administração pública mediante concurso.

Dedecca e Trovão (2013) indicam que, nas últimas décadas, observam-se esforços crescentes na produção de estudos sobre o trabalho no complexo da saúde no Brasil, especialmente a partir da Constituição Federal de 1988. A partir desse momento, em que se estabeleceu o direito universal de acesso aos serviços de saúde, a ampliação da cobertura e dos gastos com políticas públicas exigiu maiores investimentos no quantitativo de pessoal que atua nos serviços de saúde, além de ter impulsionado o crescimento de todo o complexo industrial da saúde, onde também há necessidade de investigações acerca do trabalho desenvolvido. Ressaltam, ainda, que a questão do trabalho é uma das dimensões relevantes do complexo da saúde no Brasil, nos últimos 20 anos, especialmente, pela expansão dos serviços de atendimento à saúde e das suas especificidades, que têm representado significativo peso em termos de geração de novas oportunidades ocupacionais. A tendência de crescimento do emprego decorrente da ampliação da cobertura da população à saúde e da diversificação dos serviços oferecidos, aliada ao envelhecimento populacional, em um cenário de restrição orçamentária, tem se manifestado na deterioração dos contratos e das relações de trabalho neste complexo (DEDECCA; TROVÃO, 2013).

Ao analisar os vínculos de trabalho precários do complexo da saúde do ponto de vista da ocupação na macrorregião estudada, verifica-se a presença da precariedade em todos os segmentos, sendo que a grande maioria (94,66%) deles está entre os trabalhadores que desenvolvem atividades nucleares específicas da saúde (*tabela 2*).

Tabela 2. Distribuição dos tipos de vínculo precário segundo os tipos de atividade dos trabalhadores de saúde na macrorregião oeste do Paraná, 2014

Tipos de vínculos	Tipos de atividade									
	Nucleares		Afins		Apoio e manutenção		Sem informação específica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Autônomo	7.661	74,16	174	1,68	14	0,14	1	0,01	7.850	75,99
Bolsa	40	0,39	-	-	-	-	-	-	40	0,39
Cargo comissionado	121	1,17	115	1,11	31	0,30	-	-	267	2,58
Consultoria	12	0,12	1	0,01	-	-	-	-	13	0,13
Contrato por prazo determinado	1.776	17,19	96	0,93	73	0,71	-	-	1.945	18,83
Contrato verbal/informal	65	0,63	18	0,17	8	0,08	-	-	91	0,88
Cooperativa	25	0,24	1	0,01	-	-	-	-	26	0,25
Estágio	25	0,24	5	0,05	15	0,15	-	-	45	0,44
Residência	53	0,51	-	-	-	-	-	-	53	0,51
Total	9.778	94,66	410	3,97	141	1,36	1	0,01	10.330	100

Fonte: BRASIL, 2014

Nas atividades nucleares, analisou-se o percentual de vínculos precários, por categoria profissional, observando-se que entre os médicos, 78,88% dos vínculos de trabalho eram precários, sendo a maior parte deles contratados como 'autônomos', o que representa 86% de todos os vínculos entre profissionais médicos. Outras categorias, nas atividades nucleares, que apresentaram altos percentuais de precarização foram a dos fisioterapeutas (55,06%), dos administradores (49,41%), dos dentistas (45,56%), dos fonoaudiólogos (45,12%), dos nutricionistas (40,83%), dos psicólogos (38,95%), dos educadores físicos (37,14%), dos técnicos em radiologia e imagenologia (34,77%), dos farmacêuticos (33,71%) e dos terapeutas ocupacionais (31,19%). Em compensação, os auxiliares de serviços gerais (5,38%) nas atividades de apoio e manutenção, os agentes comunitários de saúde (5,98%) e os técnicos em enfermagem (7,38%), nas atividades nucleares, apresentaram percentuais inferiores de precarização. Além de nestas categorias profissionais, a precarização esteve presente entre os ocupantes dos cargos de diretores de serviços de saúde, consideradas atividades afins (80% dos vínculos de trabalho).

Na pesquisa coordenada por Carvalho e Girardi (2002), foram encontrados resultados semelhantes no que se refere à precarização do trabalho entre médicos e agentes comunitários de saúde que atuam em unidades básicas de saúde em que há a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). Quanto aos primeiros, as formas precárias de vinculação atingiram cerca de 72% dos profissionais. Entre os agentes comunitários de saúde, no geral, observou-se maior grau de formalização nos vínculos de trabalho.

As atividades nucleares da saúde relacionam-se a atendimentos à saúde que incorporam riscos e que, diferentemente de outros setores, apresentam consequências que podem não ser passíveis de reversão. Assim, este campo de atuação encontra-se adequado a regulamentações públicas, geralmente relacionadas a profissões e ocupações com formação e qualificações específicas (DEDECCA; TROVÃO, 2013). Ainda de acordo com os mesmos autores, estas atividades possuem características particulares que organizam a estrutura ocupacional e deveriam estar menos expostas aos mecanismos de oferta e demanda da força de trabalho do mercado de trabalho em geral.

O trabalho em saúde é um ramo da prestação de serviços que compreende atividades essenciais para a vida humana. Com o desenvolvimento do capitalismo, a saúde sob a ótica do neoliberalismo é reuniversalizada através de uma vertente predominantemente economicista, traduzindo-se em ocupações marcadas por relações mercantis. A noção de mercado de trabalho, em economia, associa-se às relações estabelecidas entre indivíduos ou empresas na compra de força de trabalho (DEDECCA, 2008).

Para estabelecer políticas de gestão de trabalho que possam colocar o trabalhador como fundamental para o processo, respeitando os seus direitos trabalhistas e previdenciários, além de identificar 'quem' está vulnerável aos vínculos precários de trabalho, importante também é conhecer 'onde' esses vínculos estão distribuídos/concentrados. A distribuição dos vínculos de trabalho precários pelos tipos de serviços de atendimento do setor da saúde pode ser visualizada por meio da *tabela 3*.

Neste estudo, identificou-se que a maioria dos vínculos precários (53,45%) está localizada nos serviços hospitalares, e que 33,71% dos vínculos precários estão distribuídos nos serviços intermediários (*tabela 3*). Estes dois tipos de serviços, na macrorregião oeste do Paraná, concentram-se no setor privado.

Tabela 3. Distribuição dos tipos de vínculo precários de acordo com os tipos de serviços de saúde na macrorregião oeste do Paraná, 2014

Tipos de vínculos	Tipos de serviços de saúde									
	Atenção Básica		Atenção Hospitalar		Atenção Intermediária		Administração		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Autônomo	230	2,23	4.881	47,25	2.730	26,43	9	0,09	7.850	75,99
Bolsa	37	0,36	1	0,01	2	0,02	-	-	40	0,39
Cargo comissionado	154	1,49	12	0,12	17	0,16	84	0,81	267	2,58
Consultoria	2	0,02	2	0,02	8	0,08	1	0,01	13	0,13
Contrato por prazo determinado	672	6,51	533	5,16	663	6,42	77	0,75	1.945	18,83
Contrato verbal/informal	22	0,21	19	0,18	47	0,45	3	0,03	91	0,88
Cooperativa	8	0,08	11	0,11	7	0,07	-	-	26	0,25
Estágio	21	0,20	9	0,09	8	0,08	7	0,07	45	0,44
Residência	-	-	53	0,51	-	-	-	-	53	0,51
Total	1.146	11,09	5.521	53,45	3.482	33,71	181	1,75	10.330	100

Fonte: BRASIL, 2014

Entre os vínculos precários de trabalho na Atenção Básica (11,09%), a maioria se dá por meio dos contratos de prazo determinado (6,51%). Estes índices obtidos no presente estudo são menores do que os encontrados no estudo de Silveira *et al.* (2010), realizado em 41 municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil, que revelaram que o vínculo precário de trabalho foi uma realidade para 38% dos trabalhadores da Atenção Básica. A maior prevalência de vínculo precário de trabalho foi encontrada entre os agentes comunitários de saúde (53%) e o contrato temporário foi o tipo de vínculo precário de trabalho mais frequente (na região Sul, 49% dos contratos precários; e na região Nordeste, 67%).

Uma das possíveis explicações para a diminuição da quantidade de vínculos precários na macrorregião oeste obtidos no presente estudo estaria na indicação feita por Koster (2008), de que alguns autores defendem a flexibilização do trabalho em certos casos – como nos dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate a endemias, que necessitam estar vinculados à região territorial de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) para desenvolverem seu trabalho adequadamente –, ainda que esta exigência não possa constar nos concursos públicos para o cargo, mas esses profissionais poderiam ser recrutados em processo seletivo público simples e contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Desta maneira, sob a perspectiva de quem entende a precariedade apenas quando ocorre a admissão na instituição pública sem a realização de seleção sob a mesma natureza pública.

Entretanto, ainda permanecem sem respostas outros questionamentos: Como construir uma Atenção Básica resolutiva e (co)ordenadora do sistema de saúde com esse número de contratos precários por tempo determinado? Como se espera que o trabalhador crie e mantenha vínculos de confiança e de responsabilidade com os usuários? Como planejar e avaliar ações de médio e longo prazo, necessárias para estabelecer estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos, sabendo que brevemente não haverá mais vínculo com o serviço?

Quando se analisa a distribuição dos vínculos precários de acordo com a esfera administrativa da instituição de saúde na região estudada, verifica-se que a maioria (67,81%) dos vínculos precários está localizada no setor privado, seguido pela esfera municipal (23,50%) (*tabela 4*).

Tabela 4. Distribuição dos tipos de vínculo precário segundo a esfera administrativa dos estabelecimentos de saúde na macrorregião oeste do Paraná, 2014

Tipos de vínculos	Esfera administrativa									
	Federal		Estadual		Municipal		Privada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Autônomo	-	-	664	6,43	972	9,41	6.214	60,15	7.850	75,99
Bolsa	-	-	-	-	37	0,36	3	0,03	40	0,39
Cargo comissionado	-	-	13	0,13	254	2,46	-	-	267	2,58
Consultoria	-	-	-	-	4	0,04	9	0,09	13	0,13
Contrato por prazo determinado	-	-	174	1,68	1.081	10,46	690	6,68	1.945	18,83
Contrato verbal/informal	1	0,01	3	0,03	28	0,27	59	0,57	91	0,88
Cooperativa	-	-	-	-	10	0,10	16	0,15	26	0,25
Estágio	-	-	1	0,01	33	0,32	11	0,11	45	0,44
Residência	-	-	41	0,40	9	0,09	3	0,03	53	0,51
Total	1	0,01	896	8,67	2.428	23,50	7.005	67,81	10.330	100

Fonte: BRASIL, 2014

O significativo índice obtido em relação à esfera municipal pode ser explicado pela ocorrência da descentralização e da municipalização do SUS em um contexto bastante desfavorável, quando o Estado brasileiro submeteu-se a reformas neoliberais. Uma resultante dessas reformas foi a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que limita os gastos com força de trabalho em 60% da receita corrente líquida de estados e municípios (BRASIL, 2011). Essa restrição levou os municípios a buscarem outras formas de contração da força de trabalho, em geral precárias (SILVA; SILVA, 2007), como alternativa para a necessidade de expansão do SUS (ANDRADE, 2009).

A frequência dos tipos de vínculos precários segundo o porte dos municípios (*tabela 5*) revelou que cerca da metade (55,15%) desses vínculos, na macrorregião oeste do Paraná, estava localizada nos municípios com população superior a 100 mil habitantes. Nessa macrorregião, existem apenas 3 municípios nessa condição: Cascavel (286.205 habitantes), Foz do Iguaçu (256.088 habitantes) e Toledo (119.313 habitantes). No conjunto dos municípios da região, municípios com menos de 5 mil habitantes (21 municípios) responderam por apenas 2,93% dos vínculos precários.

Tabela 5. Distribuição dos tipos de vínculo precário segundo o porte dos municípios da macrorregião oeste do Paraná, 2014

Tipos de vínculos	Porte dos municípios (número de habitantes)											
	Menos de 5 mil		5 mil até menos de 20 mil		20 mil até menos de 50 mil		50 mil até menos de 100 mil		Acima de 100 mil		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Autônomo	80	0,77	1.058	10,24	1.216	11,77	431	4,17	5.065	49,03	7.850	75,99
Bolsa	3	0,03	11	0,11	15	0,15	2	0,02	9	0,09	40	0,39
Cargo comissionado	54	0,52	119	1,15	61	0,59	10	0,10	23	0,22	267	2,58
Consultoria	2	0,02	2	0,02	6	0,06	1	0,01	2	0,02	13	0,13
Contrato por prazo determinado	147	1,42	732	7,09	347	3,36	232	2,25	487	4,71	1.945	18,83
Contrato verbal/informal	13	0,13	34	0,33	10	0,10	3	0,03	31	0,30	91	0,88
Cooperativa	-	-	6	0,06	7	0,07	1	0,01	12	0,12	26	0,25
Estágio	4	0,04	16	0,15	4	0,04	6	0,06	15	0,15	45	0,44
Residência	-	-	-	-	-	-	-	-	53	0,51	53	0,51
Total	303	2,93	1.978	19,15	1.666	16,13	686	6,64	5.697	55,15	10.330	100

Fonte: BRASIL, 2014

Comparando-se os vínculos considerados precários (N=10.330) com o total de vínculos de trabalho na região estudada (N=28.329), observou-se que os municípios com população entre 50 mil e 100 mil habitantes possuem, no total, 2.516 vínculos de trabalho no setor saúde, dos quais 27,27% são precários. Em contrapartida, os municípios com população entre 20 mil e 50 mil habitantes possuem 4.121 vínculos de trabalho, dos quais 40,43% estão em situação de precariedade. As demais categorias de porte dos municípios apresentam percentuais de precarização entre 28% e 39%.

Ao analisar a situação de precarização dos vínculos de trabalho em cada um dos municípios da região estudada, observou-se que tanto o município com percentual mais elevado de vínculos precários – Itaipulândia (PR), com 77% dos vínculos considerados precários – quanto o município com menor percentual de vínculos precários – Braganey (PR), com 5,13% – são municípios com porte populacional entre 5 mil e 20 mil habitantes. Desta forma, existe a necessidade de que outros estudos ampliem a compreensão acerca da relação entre o porte populacional e a precarização de vínculos de trabalho nas redes municipais de saúde.

Diversos autores (ANDRADE, 2009; PINTO; TEIXEIRA, 2011) têm apontado que a gestão do trabalho em saúde se constitui como um nó crítico para a consolidação do SUS e para a garantia do direito à saúde. As diversas modalidades precárias de vinculação ao trabalho evidenciadas no presente estudo apontam que um contingente significativo de trabalhadores da saúde na macrorregião oeste do Paraná está sujeito a vivenciar um processo denominado por Minayo Gomez e Thedim-Costa (1999) como de pauperização e degradação das condições materiais de vida, resultado da tendência de perpetuação da precarização e do desemprego, agravado pela ausência de mecanismos de proteção social e pela impossibilidade apresentada pela lógica da livre regra do mercado de reabsorver a população excluída e à margem de qualquer sistema previdenciário.

Conclusões

A situação da precarização dos vínculos trabalhistas na macrorregião oeste do Paraná apresenta-se diversificada. Os profissionais de nível superior que desempenham atividades nucleares são os mais atingidos e, dentre estes, os médicos apresentam a situação mais preocupante. Os trabalhadores da enfermagem apresentam, em sua maioria, vínculos relativamente protegidos.

Quanto ao porte populacional dos municípios, foram identificados municípios de portes semelhantes com percentuais altos de precarização dos vínculos e outros com percentuais inferiores. Os vínculos precários ocorrem, predominantemente, nos serviços privados ou municipais e na atenção hospitalar ou intermediária.

Salienta-se a necessidade da realização de estudos, especialmente de abordagens qualitativas, que analisem a precarização do trabalho nas suas outras dimensões (condições, organização e ambiente de trabalho, representatividade dos trabalhadores, repercussões na saúde do trabalhador etc.), além dos próprios vínculos de trabalho. ■

Referências

AGUIAR FILHO, W. *A gestão do trabalho em saúde no MERCOSUL*. 2012. 128f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Org.). *Pós-neoliberalismo:* as políticas sociais e o Estado democrático. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

ANDRADE, L. R. de. *A FE no SUS*: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia. 2009. 130f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre a metamorfose e a centralidade do mundo do trabalho. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

BORSOI, I. C. F. Vivendo para trabalhar: do trabalho degradado ao trabalho precarizado. *Convergência, Revista de Ciencias Sociales*, Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), n. 55, enero./abr. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Gestão do trabalho e da educação na saúde.* Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde:* agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. 3. ed. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS):* perguntas & respostas. Brasília, 2006a.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde* [internet]. Disponível em:<http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 13 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde*, Versão 2. Brasília, 2006b.

CARVALHO, C. L.; GIRARDI, S. N. (Coord.). Agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no Programa Saúde da Família no Brasil. *Relatório de pesquisa*. Belo Horizonte, fev. 2002. 90p.

DEDECCA, C. S. O trabalho no setor saúde. *São Paulo em perspectiva*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 87-103, jul./dez. 2008.

DEDECCA, C. S. et al. A dimensão ocupacional do setor de atendimento à saúde no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 123-142, 2005.

DEDECCA, C. S; TROVÃO, C. J. B. M. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1555-1567, jun. 2013.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAUJO, M. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. *Mediações*, Londrina, v. 16, n. 1, p. 142-156, jan./jun. 2011.

GARCIA, A. C. P. *Gestão do trabalho e da educação na saúde*: uma reconstrução histórica e política. 2010. 171f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

KALLEBERG, A. L. O crescimento do trabalho precário: um desafio global. *Rev. Bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 24, n. 69, fev.2009.

KOSTER, I. *A Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde.* 2008. 208f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 411-421, 1999.

MONTAÑO, C.; DURIGUETTO, M. L. *Estado, classe e movimento social*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NOGUEIRA, R. P. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 87, p. 147-62, 2006.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). *Plano Diretor de Regionalização:* hierarquização e regionalização

da assistência à saúde no Estado do Paraná, 2009. Disponível em: <http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/PDR_atualizado__Edson.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2012.

PAULO NETTO, J. *Crise do socialismo e ofensiva neoliberal*. São Paulo: Cortez, 1993.

PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. Formulação da política de gestão do trabalho e educação na saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, set. 2011.

SILVA, E. V. M.; SILVA, S. F. O desafio da gestão municipal em relação à contratação da força de trabalho em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate,* Rio de Janeiro, n. 40, p. 7-12, jun. 2007.

SILVEIRA, D. S. et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, Rio de Janeiro, p. 1714-1726, set. 2010.

Recebido para publicação em setembro de 2014
Versão final em dezembro de 2014
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: Fundação Araucária- Chamada Pública 04/2012 – Programa de pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão compartilhada em saúde PPSUS – Edição 2011. Processo nº 35038

Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná*

The workforce in Primary Health Care in Small Sized Counties in Paraná State

Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes[1], Stela Maris Lopes Santini[2], Brigida Gimenez Carvalho[3], Luiz Cordoni Junior[4]

RESUMO Este artigo tem como objetivo caracterizar o perfil e as relações laborais dos trabalhadores da Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte localizados no Paraná. Trata-se de estudo transversal descritivo, realizado em 49 municípios do norte do estado, por meio de questionário aplicado aos profissionais de saúde. Os resultados obtidos indicaram a existência de baixa precarização das relações de trabalho, diversidade profissional, escolaridade adequada ou superior ao cargo exercido e vínculos laborais formais. Foram classificados como aspectos negativos a inexistência de plano de carreira, um número insuficiente de médicos, a multiplicidade de vínculos empregatícios e o descumprimento de carga horária. Deste modo, recomenda-se a implantação de políticas específicas aos municípios avaliados, bem como a implantação de medidas de acompanhamento/avaliação.

PALAVRAS-CHAVE Recursos humanos em saúde; Gestão em saúde; Força de trabalho; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *This article aims to characterize the profile and the labor relationships of Primary Health Care workers in Small Sized Counties located in Paraná State. It is about descriptive cross-sectional study, applied in 49 counties in northern state, through an applied questionnaire to health professionals. The obtained results have indicated the existence of low precarious in labor relationships, professional diversity, appropriate or superior schooling to the held position and formal employment bonds. Were classified as negative aspects the lack of career plan, an insufficient number of physicians; the multiplicity of employments links, and non-compliance with hourly load. Therefore, it is recommended the implementation of specific policies for the evaluated municipalities, as well as the implementation of monitoring/ evaluation measures.*

KEYWORDS *Human resources in health; Health management; Labor force; Primary Health Care.*

* Artigo resultante da pesquisa 'Gestão do processo de trabalho na rede de Atenção Básica de saúde em Municípios de Pequeno Porte da região Norte do Paraná', apoiada financeiramente pela Fundação Araucária, por meio da chamada de Projetos 08/2009 – Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde.

[1] Universidade Estadual de Londrina (UEL), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Londrina (PR), Brasil. *alnunes.3@gmail.com*

[2] Universidade Estadual de Londrina (UEL), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Londrina (PR), Brasil. *stelamaris08@gmail.com*

[3] Universidade Estadual de Londrina (UEL), Departamento de Saúde Coletiva – Londrina (PR), Brasil. *brigidagimenez@gmail.com*

[4] Universidade Estadual de Londrina (UEL), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Londrina (PR), Brasil. *cordoni@sercomtel.com.br*

 DOI: 10.1590/0103-110420151040174

Introdução

O processo de descentralização dos serviços de saúde no País iniciou-se nos anos 1990, e, atualmente, todos os municípios devem responder minimamente pela gestão e pela execução de ações da Atenção Básica (AB) em seu território. No entanto, decorridas mais de duas décadas desse processo, ainda hoje, nem todos os municípios possuem capacidade técnica e gerencial para responder adequadamente às exigências requeridas por uma gestão tão complexa como é a do trabalho em saúde. Tais considerações se aplicam, especialmente, aos Municípios de Pequeno Porte (MPP), que, segundo o Ministério das Cidades (BRASIL, 2009), têm carência de estrutura para o planejamento e possuem baixa capacidade de gestão urbana para exercer a competência municipal constitucional.

São considerados MPP aqueles que possuem população de até 20.000 habitantes, que representam cerca de 70% dos municípios do Brasil (IBGE, 2010) e 79,2% dos municípios do estado do Paraná (PARANÁ, 2013). Apesar da baixa densidade populacional, esses municípios possuem uma alta capilaridade, sendo que, para muitos, a AB é a única modalidade de assistência à saúde existente.

Com o objetivo de instituir diretrizes nacionais da política de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) criou, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), órgão que vem adotando estratégias indutoras para a qualificação da gestão, com investimentos técnicos, políticos e financeiros (PIERANTONI *ET AL.*, 2008).

Apesar dos esforços para estruturar a área de Gestão do Trabalho no SUS, são reconhecidos desafios gerenciais diversificados e cada vez mais complexos, devido às transformações e exigências do trabalho contemporâneo, tais como: escassez de quadros qualificados para o exercício da gestão dos sistemas e serviços, precarização das relações de trabalho, além de várias questões relacionadas à inserção de trabalhadores no serviço, como a distribuição, a fixação, o desempenho profissional, a qualificação, a motivação, a *accountability* profissional e o resgate de padrões éticos (PIERANTONI *ET AL.*, 2008; PINTO; TEIXEIRA, 2011).

Na área de gestão do trabalho no SUS, o processo de descentralização para os municípios transferiu para estes decisões e ações antes centralizadas. Nesse processo, os municípios estruturaram uma ampla rede de serviços de saúde no nível da AB e se tornaram importantes gestores da força de trabalho no SUS.

A gestão do trabalho é um elemento central para a implementação e a consolidação do SUS (PIERANTONI *ET AL.*, 2008), especialmente no espaço da AB, em que a prática do cuidado se efetiva por meio da interação entre os trabalhadores e entre estes e os usuários.

Por Gestão do Trabalho no SUS, compreende-se a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento desse Sistema, e inclui ações de gestão e administração do trabalho, desenvolvimento do trabalhador, saúde ocupacional, além de ações que visem ao controle social nessa área (BRASIL, 2005). Ramos *et al.* (2009) consideram que

> a gestão do trabalho no SUS envolve as questões relacionadas à vida funcional do trabalhador (ingresso, provimento, movimentação, enquadramento, desenvolvimento na carreira e garantia de direitos trabalhistas), as garantias de condições adequadas de trabalho, participação dos trabalhadores na formulação de políticas (Plano de Cargos, Carreiras e Salários) e na criação de espaços de negociação. (p. 44).

Para os MPP, há o desafio de estruturar a rede de AB, que se caracteriza pelos serviços de tecnologia de baixa densidade, em termos de equipamentos, e de alta

complexidade nas abordagens preventiva, diagnóstica e terapêutica, isso é, concretizando-se, predominantemente, na dimensão das relações interpessoais. Desta forma, destacam-se como questões estruturantes para o desenvolvimento da rede de AB a estabilidade e o vínculo de trabalho dos profissionais das equipes de saúde, a capacitação permanente, a possibilidade de negociação das condições de trabalho, a fixação através da existência de plano de carreira, cargos e salários, entre outros aspectos (LACAZ, 2008).

Diante disso, a centralidade do papel dos trabalhadores constitui-se em grande desafio para a implementação da AB, pois é a partir das relações que se estabelecem entre trabalhador-usuário, usuário-trabalhador e trabalhador-trabalhador que ocorre a possibilidade de mudanças e melhorias na prática e no cotidiano dos serviços.

Embora os pequenos municípios representem o maior número, foram identificados poucos estudos que analisassem como a gestão do trabalho tem sido desenvolvida nessas localidades após o processo de descentralização do SUS, principalmente tendo como fonte os próprios trabalhadores. Portanto, conhecer quem são os sujeitos e as relações de trabalho daqueles que atuam na AB dos MPP possibilitará ampliar a capacidade de análise sobre a gestão do trabalho no SUS.

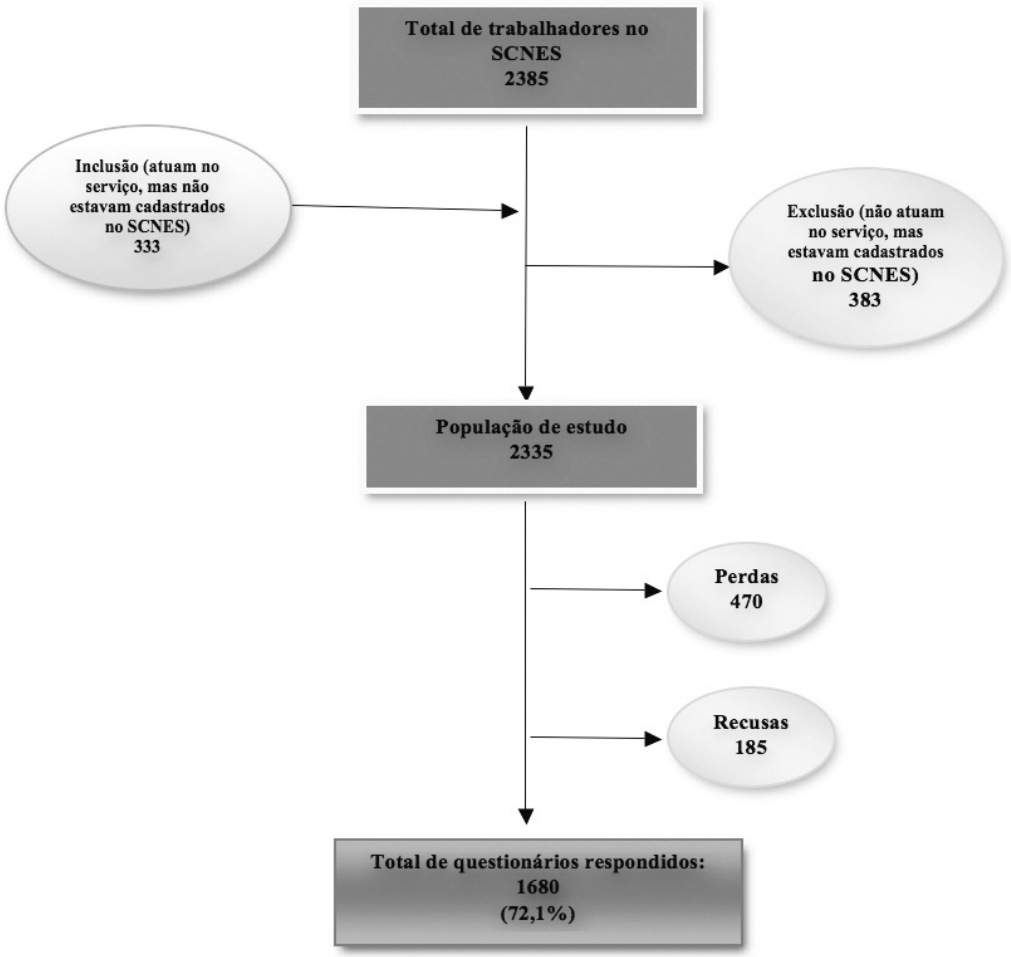
Nesse sentido, este estudo tem como objetivo analisar o perfil e as relações laborais dos trabalhadores que atuam na Atenção Básica do SUS em MPP.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal descritivo, realizado em 49 municípios do Norte do estado do Paraná, com população de até 20.000 habitantes, das áreas de abrangência de três regionais de saúde (RS): 16ª RS, de Apucarana, 17ª RS, de Londrina, e 18ª RS, de Cornélio Procópio. Dos municípios estudados, 16 possuíam até 5.000 habitantes (32,7%), 19 entre 5.001 e 10.000 (38,8%), oito com 10.001 a 15.000 (16,3%) e seis de 15.001 a 20.000 habitantes (12,2%). A somatória da população desses municípios compreendeu 399.189 habitantes (IBGE, 2010).

A população de estudo foi composta pelos trabalhadores que atuavam nos serviços de AB dos municípios. Foram identificados, inicialmente, pelo Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), 2.385 trabalhadores. Por ocasião das visitas aos municípios para a coleta dos dados, 383 trabalhadores cadastrados já haviam se desligado das equipes ou estavam atuando em outras áreas que não eram na AB, e por isso foram excluídos; 333 não constavam no SCNES, mas estavam atuando nas equipes da AB, e por isso foram incluídos. Desse modo, a população inicial de estudo foi de 2.335 trabalhadores. Na coleta de dados, houve 470 perdas (trabalhadores em férias, licenças ou que não retornaram o instrumento após três tentativas de contato) e 185 recusas, totalizando 1.680 trabalhadores entrevistados (*figura 1*).

Figura 1. População de estudo, identificada mediante consulta ao sistema de cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (SCNES) e visitas às UBS nos MPP das 16ª RS, 17ª RS E 18ª RS – Sesa - PR, 2010



Fonte: Elaboração própria

Os dados foram obtidos no segundo semestre de 2010, por meio de um questionário semiestruturado, aplicado aos trabalhadores de saúde que atuavam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios estudados. Os trabalhadores foram abordados em seus locais de trabalho e apresentados aos objetivos do estudo. Os que concordaram em participar preencheram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Para os que não estavam na unidade no dia da coleta, foi deixado o instrumento sob os cuidados da coordenadora da UBS, e devolvido, posteriormente, pelo malote da respectiva Regional de Saúde.

Os dados foram duplamente digitados no Programa EPI INFO, versão 3.5.1. Ao término da digitação, os dois bancos de dados foram confrontados na função comparação dos dados (*data compare*), permitindo a identificação de campos não concordantes. Após as correções, os dados foram analisados por meio de frequências simples e estudadas as seguintes variáveis: categoria profissional, gênero, faixa etária, formação, remuneração, tempo de atuação no serviço, formas de contratação

e de vinculação ao trabalho, quantidade de vínculos empregatícios, inserção em um plano de carreiras, cargos e salários e carga horária semanal de trabalho.

Este estudo faz parte da pesquisa 'Gestão do processo de trabalho na rede de Atenção Básica de saúde em MPP da região Norte do Paraná', apoiada financeiramente pela Fundação Araucária, por meio da chamada de Projetos 08/2009 – Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição a que estão vinculados os pesquisadores e aprovado sob parecer nº 232/09, CAAE nº 4255.0.000.268-09.

Resultados

Ao analisar os dados do SCNES e realizar a adequação dos profissionais que estavam atuando na AB (2.335) no período do estudo, verificou-se uma significativa quantidade e diversidade de categorias profissionais inseridas na AB desses municípios, como se observa na *tabela 1*.

Nos municípios estudados, verificou-se a relação de 5,85 profissionais de saúde/1.000 habitantes, sendo que, para os médicos, essa distribuição foi de 0,516/1.000 habitantes. Do total de trabalhadores que atuavam na AB, 63,5% faziam parte das Equipes de Saúde da Família (EqSF), o que correspondeu a uma média de 2,59 EqSF/município.

Tabela 1. Profissionais atuantes na AB, segundo a categoria profissional dos MPP da 16ª RS, 17ª RS e 18ª RS, PR, 2010

Categoria Profissional	TOTAL	
	N	%
Agentes Comunitários de Saúde	764	32,7
Aux./Téc. Enf.	386	16,5
Médico	206	8,8
Enfermeiro	173	7,4
Agente Controle de Endemias e Téc. Vigilância Sanitária	167	7,2
Dentista	156	6,7
Aux. Saúde Bucal/ Téc. Saúde Bucal	139	6,0
Aux. Adm.	110	4,7
Farmacêutico	67	2,9
Fisioterapeuta	46	2,0
Méd. Vet.	22	0,9
Psicólogo	20	0,8
Nutricionista	16	0,7
Fonoaudiólogo	13	0,6
Ass. Social	12	0,5
Aux. Farmácia	7	0,3
Ed. Físico	3	0,1
Outras	28	1,2
Total	**2335***	**100**

Fonte: Elaboração própria

* Consideradas as exclusões e inclusões

Quanto ao tempo de atuação, 69,2% dos Técnicos de Saúde Bucal (TSB), 40,6% dos Auxiliares de Enfermagem (Aenf), 40,6% dos enfermeiros, 40,0% dos médicos e 38,4% dos dentistas possuíam de nove a mais de 24 anos de atuação na área, e, do total de trabalhadores entrevistados, 10,5% possuíam menos de um ano de atuação. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) eram os profissionais que estavam atuando há menos tempo nas equipes. Destes, 65,8% atuavam de um a seis anos nos serviços.

Quanto às características sociodemográficas dos profissionais, observou-se predominância de profissionais do sexo feminino em todas as categorias (81,3%), com exceção da categoria médica, na qual 75,3% eram do sexo masculino. Nas demais categorias profissionais, verificou-se que mais de 90% dos Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), TSB, enfermeiros, Aenf, e ACS eram mulheres; 88,6% dos Técnicos de Enfermagem (Tenf) e 58,1% dos dentistas também eram do sexo feminino.

Quanto às faixas etárias, 76,5% dos profissionais encontravam-se em idades que variaram de 29 a 44 anos, e a categoria médica foi a única que apresentou maior concentração na faixa etária de 45 a 74 anos (52,9%).

Todos os profissionais possuíam escolaridade adequada ou superior ao exigido. Entre os trabalhadores, destacam-se os Aenf, ASB e ACS, haja vista que mais de 85% deles possuíam escolaridade acima do exigido para o cargo. Com relação aos ACS, categoria de maior número, verificou-se que 68,4% haviam concluído o ensino médio, 12,8% possuíam o ensino superior incompleto e 5,3% o ensino superior completo. Ainda com relação a essa categoria, 78,9% já haviam concluído a formação inicial de ACS, com carga horária de 440 horas. Entre as categorias de profissionais com graduação superior obrigatória, 58,1% dos médicos, 74,8% dos enfermeiros e 58,8% dos dentistas eram pós-graduados, sendo que, em nível de mestrado, foram identificados quatro dentistas, um enfermeiro, três médicos e um farmacêutico; nenhum profissional referiu nível de doutorado.

Houve predominância de seleção por concurso público ou teste seletivo, em que 79,3% de todos os profissionais referiram ter sido assim selecionados. Apesar dessa predominância, foi possível verificar que, aproximadamente, 20% dos profissionais foram selecionados por outros meios, como análise de currículo, entrevistas, indicações e outros.

As prefeituras foram responsáveis, diretamente, por 83,6% das admissões dos profissionais, sendo que 77,2% deles possuíam vínculos empregatícios formais, ou seja, Estatuto do Servidor Público (32,7%), ou foram contratados via Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (44,5%); 4,1% por contratos temporários e 2,3% por cargos comissionados. Em contrapartida, 12,4% dos profissionais foram admitidos por meio de terceirizações. Os demais trabalhadores não informaram a forma de contratação (*tabela 2*).

Tabela 2 . Modalidade de seleção, tipo de vínculo, tempo de serviço e remuneração dos profissionais das e Equipes de Atenção Básica dos MPP da 16ª RS, 17ª RS e 18ª RS – PR, 2012

CATEGORIA PROFIS.	ACS	AENF	ASB	TENF	TSB	Enf.	Dent.	Méd.	OCP(*)	Total
Modalidade de seleção										
Concurso Teste selet.	534	160	58	66	23	104	73	53	261	1332
Currículo	10	1		2		5	2	7	24	51
Entrevista	16	7	1	3	1	5		7	7	47
Indicação	78	19	7	6	1	26	6	10	51	204
Outros	3	2		1		3	3	8	14	34
Não resp.	2	1		1	1		2	-	5	12
Tipo de vínculo										
CLT	380	78	26	20	6	64	44	27	103	748
Estatuto	123	89	28	42	17	41	31	16	163	550
Cargo Comis	1	1	01	2	-	7	1	1	25	39
Cont.Temp.	15	5	01	4	-	6	3	16	18	68
Terceiriz.	117	8	07	10	3	19	2	12	30	208
Outros(**)	-	1	-	-	-	3	1	1	-	6
Não Resp.	7	8	3	1	-	3	4	12	23	61
Tempo de serviço (anos)										
<1	75	12	2	11	2	20	7	8	40	177
1-3	201	19	8	15	2	34	15	9	73	376
>3-6	222	28	19	10	2	29	18	13	45	386
>6-9	72	24	7	9	2	28	5	6	49	202
>9-12	40	24	6	4	2	16	9	8	32	141
>12-24	4	53	14	18	16	8	24	26	53	216
Não Resp.	29	30	10	12	-	8	8	15	70	182
Remuneração (em salários mínimos)										
<1	24	-	-	-	-	1	-	-	4	29
01	213	25	19	9	4	-	-	-	58	328
>1-2	387	130	38	61	19	5	17	-	169	826
>2-6	-	10	-	2	3	119	57	13	89	293
>6-10	-	-	-	-	-	-	3	31	4	38
>10	-	-	-	-	-	-	-	19	-	19
Não Resp.	19	25	9	7	-	18	9	22	38	147
Total	**643**	**190**	**66**	**79**	**26**	**143**	**86**	**85**	**362**	**1680**

Fonte: Elaboração própria

*OCP: Outras Categorias Profissionais

**Outros: contrato verbal, clínica, por número de consultas, autônomos, cedido pela Sesa, contratado como profissional de nível médio, mas atua como profissional de nível superior, Recibo de Pagamento a Autônomo (RPA)

Tomou-se como base o salário mínimo federal da época da aplicação dos questionários (R$510,00)

A média salarial, calculada em Salários Mínimos (SM), referida pelos profissionais, foi de 11 SM para os médicos; 3,4 SM para os enfermeiros; 3,3 SM para os dentistas; 1,6 SM para os TSB; 1,4 SM para os Aenf e Tenf; e 1,1 para os ASB e ACS. O salário mínimo federal à época da coleta dos dados era de R$ 510,00.

Dos profissionais pesquisados, 79,5% responderam não estar incluídos em Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), sendo essa situação predominante em todas as categorias.

Quanto ao número de vínculos de trabalho, 78,8% de todos profissionais referiram atuar em um único vínculo, ou seja, somente na AB daquele município. No entanto, 75,3% dos médicos referiram possuir de dois a mais de quatro postos de trabalho, e 61,7% dos dentistas de dois a três.

Quanto à carga horária semanal contratual, 84,6% dos profissionais referiram ter sido contratados para uma jornada semanal de 30 ou 40 horas. No entanto, um percentual menor de trabalhadores referiu cumprir tal carga horária (80,4%). Ainda no tocante à carga horária contratual, os profissionais médicos e dentistas se distinguem dos demais, tendo em vista que 28,2% dos médicos e 44,3% dos dentistas referiram ter sido contratados para uma jornada de 10 a 20 horas semanais (*tabela 3*).

Tabela 3. Carga horária semanal contratada e cumprida na unidade e no total dos profissionais das Equipes de AB dos MPP da 16ª RS, 17ª RS e 18ª RS – PR, 2012

Profiss.	04-10		>10-20		>20-30		>30-40		>40-60		Não Resp.		Total
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
C.H. semanal Contratada						Categoria							
ACS	3	0,5	-	-	-	-	634	98,6	2	0,3	4	0,6	643
Aenf	4	2,2	1	0,5	16	7,6	165	87,6	2	1,6	2	0,5	190
ASB	-	-	-	-	1	1,6	63	95,2	1	1,6	1	1,6	66
Dentista	2	2,3	39	44,3	3	3,4	40	47,7	-	-	2	2,3	86
Enfermeiro	-	-	8	6,0	4	3,0	129	89,5	-	-	2	1,5	143
Médico	9	10,6	24	28,2	9	10,6	34	40,0	4	4,7	5	5,9	85
OCP	7	1,9	56	15,6	21	5,8	267	73,4	5	1,4	6	1,9	362
Tenf	-	-	-	-	9	12,1	67	83,1	2	2,4	1	2,4	79
TSB	-	-	1	3,8	1	3,8	24	92,4	-	-	-	-	26
Total	25	1,5	129	7,7	64	3,8	1423	84,6	16	1,0	23	1,4	1680
C.H. semanal cumprida na unidade													
ACS	02	0,3	01	0,2	01	0,2	627	97,5	04	0,6	08	1,2	643
Aenf	06	3,2	01	0,5	24	12,6	147	77,4	10	5,3	02	1,0	190
ASB	02	3,0	02	3,0	03	4,6	56	84,9	02	3,0	01	1,5	66
Dentista	08	9,3	40	46,5	06	7,0	29	33,7	-	-	03	3,5	86
Enfermeiro	03	2,1	08	5,6	04	2,8	125	87,4	01	0,7	02	1,4	143
Médico	12	14,1	23	27,1	11	12,9	29	34,1	05	5,9	05	5,9	85
OCP	11	3,1	62	17,1	21	5,8	252	69,6	03	0,8	13	3,6	362
Tenf	01	1,3	-	-	10	12,6	64	81,0	04	5,1		-	79
TSB			01	3,8	02	7,7	21	80,8	02	7,7		-	26
Total	45	2,7	138	8,2	82	4,9	1350	80,4	31	1,8	34	2,0	1680
C.H. semanal Total													
ACS	-	-	01	0,2	-	-	591	91,9	26	4,0	25	3,9	643
Aenf	-	-	01	0,5	19	10,0	127	66,8	25	13,2	18	9,5	190
ASB	-	-	-	-	03	4,5	54	81,8	02	3,1	07	10,6	66
Dentista	02	2,3	13	15,1	03	3,5	30	34,9	31	36,1	07	8,1	86
Enfermeiro	-	-	07	4,9	02	1,4	115	80,4	12	8,4	07	4,9	143
Médico	02	2,4	04	4,7	04	4,7	25	29,4	46	54,1	04	4,7	85
OCP	-	-	13	3,6	21	5,8	258	71,3	32	8,8	38	10,5	362
Tenf	-	-	-	-	05	6,3	57	72,2	12	15,2	05	6,3	79
TSB	-	-	-	-	01	3,8	21	80,8	03	11,6	01	3,8	26
Total	04	0,2	39	2,3	58	3,5	1278	76,1	189	11,3	112	6,6	1680

Fonte: Elaboração própria

Quanto à carga horária semanal total de trabalho, considerando todos os vínculos, 76,1% referiram cumprir jornada semanal de 30 a 40 horas. Novamente, os profissionais médicos e dentistas apresentaram resultado diferente dos demais, sendo que 54,1% dos médicos referiram cumprir de 40 a 60 horas semanais, e 71% dos dentistas de 30 a 60 horas semanais.

Discussão

A presença de equipes multiprofissionais foi bastante marcante. Além dos profissionais das equipes mínimas da Estratégia Saúde da Família (ESF), foram identificados fisioterapeutas, médicos veterinários, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, auxiliares de farmácia, educadores físicos. Esses profissionais têm potencial para exercer e apoiar ações de promoção, proteção e vigilância à saúde. Assim, a diversidade de categorias profissionais sugere, ainda que incipientemente, a perspectiva de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como o aumento de sua resolutividade.

No cômputo de todos os municípios, a média de EqSF/município foi de 2,59, o que corresponde, em média, a 3.143 pessoas por equipe. Com base na recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, P.55), que considera que "Cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no mínimo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 [....]", pode-se afirmar que a cobertura das EqSF está dentro do padrão recomendado pelo MS ou próximo a ele. Tal dado, associado ao elevado percentual de trabalhadores que participavam das EqSF demonstra a grande inserção e a importância da ESF nos municípios avaliados.

Estima-se que, pelo menos, 1,3 bilhão de pessoas no mundo estejam sem acesso aos cuidados de saúde mais básicos, abaixo do percentual recomendado pela *Joint Learning Iniciative*, que é de 2,5 trabalhadores de saúde/1.000 habitantes, limite mínimo necessário para atingir a cobertura de saúde adequada (*APUD* PIERANTONI *ET AL.*, 2008). Nos municípios estudados, verificou-se a relação de 5,85 profissionais de saúde/1.000 habitantes, ou seja, acima dos padrões referidos.

Ao se considerar o parâmetro ideal de um médico por 1.000 habitantes, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009), constata-se que a região estudada encontra-se abaixo do modelo desejado, pois o coeficiente encontrado foi de 0,516 médico/1.000 habitantes. No entanto, há de se considerar que neste estudo não foram computados profissionais atuantes em outros níveis de atenção, como hospitais, focando somente na AB. Mesmo assim, a proporção médicos/habitantes não deve se alterar significativamente, porque, na maioria dos MPP, os únicos serviços de saúde existentes são os da AB.

Segundo Carvalho, Santos, e Campos (2013), o planejamento da força de trabalho em saúde é um ato político e está condicionado não só ao conhecimento técnico, mas, também, entre outros fatores, ao modelo vigente de atenção à saúde, pois o número, o perfil e a distribuição de trabalhadores da saúde estão articulados a escolhas políticas e a valores e princípios a serem garantidos na organização dos sistemas de saúde. Referem que a razão médicos/habitantes, no Brasil, é o dobro da recomendada pela Organização Mundial de Saúde, e questionam sobre o que explicaria o fato de a cobertura das EqSF ser maior nas áreas onde há menos médicos disponíveis (CARVALHO; SANTOS, CAMPOS, 2013). Embora haja médicos suficientes no País, a fixação dos mesmos em MPP é um dos grandes desafios para a construção do SUS.

Estudando-se as características sócio-demográficas dos profissionais das equipes da AB, observou-se predominância de profissionais do sexo feminino em todas as categorias, com exceção da médica, na qual a maioria era do sexo masculino.

Segundo Wermelinger *et al.* (2010), desde os anos 2000, já era predominante a força de trabalho feminina na saúde, pois, entre os médicos, as profissionais do sexo feminino representavam 35,94%, e, entre os enfermeiros, 90, 39%. Entre os profissionais de nível técnico e auxiliar, a feminização também era expressiva, alcançando 86,93% dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

A fixação dos profissionais na AB se constitui num desafio para a gestão do sistema. Também, sobre esse aspecto, este estudo sinaliza bons resultados, pois verificou-se que somente 10,5% dos profissionais atuavam há menos de um ano na AB desses municípios, 22,4% trabalhavam de um até três anos e 56,3% há mais de três anos. Os dados sugerem uma baixa rotatividade de profissionais em MPP e, possivelmente, um maior vínculo com a população. Pode-se inferir, também, que a realização de concursos públicos e a admissão por vínculos estáveis se constituam em estratégias potentes para a fixação desses profissionais.

No entanto, é necessário maior aprofundamento sobre os fatores determinantes da fixação e da rotatividade dos profissionais nos serviços de AB em MPP, tendo em vista a sua importância para a qualificação da gestão, visando, principalmente, às melhores formas de planejamento, seleção e fixação de profissionais. Tais questões se justificam tendo em vista que a fixação de equipe qualificada está intrinsecamente relacionada à cobertura e à resolubilidade dos serviços, pois, segundo Scherer *et al.* (2009, p. 723), "A construção do coletivo depende da presença de um mínimo de estabilidade e de certa permanência na organização, pois a confiança e a cooperação se constroem com o tempo".

Ao analisar a escolaridade dos profissionais, verificou-se que os ACS deste estudo apresentaram escolaridade acima da exigida para o cargo, condição que representa um grande avanço se comparada à época da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) no Brasil, datada de 1991, quando a condição exigida era a de que soubessem ler e escrever. Mais recentemente, a Lei nº 11.350, de 2006, explicitou, em seu artigo 6º, que a conclusão do ensino fundamental e do curso de qualificação básica para formação de ACS são requisitos para o exercício da atividade (BRASIL, 2006). Quanto à formação inicial para ACS, verificou-se que 21,1% dos ACS da área em estudo necessitam dessa formação, tanto para atendimento da legislação como para oferecer melhor qualificação e melhores condições para o trabalho.

Há de se destacar que não só os ACS, mas a grande maioria dos profissionais das equipes possuía condições de escolaridade adequadas ou superiores às exigidas para o cargo. Os resultados demonstram que o fato dos profissionais atuarem em MPP, no interior do estado, não os impede de ter acesso a processos de formação e qualificação profissional.

Segundo Lacaz (2008), a educação e a formação de pessoal são formas de valorização da força de trabalho e, por consequência, um instrumento importante de gestão do trabalho. Com referência ao mesmo tema, Mendonça *et al.* (2010, p. 2357) comentam que

> na área da saúde, os avanços da ciência e o desenvolvimento tecnológico acelerado, característicos do modo de produção atual, implicam a necessidade de uma constante atualização de seus profissionais e uma base de conhecimentos interdisciplinar sólida que lhes permitam enfrentar a diversidade e a 'adversidade' do processo de saúde no mundo atual.

Quanto à admissão e à manutenção dos trabalhadores, importantes resultados foram verificados neste estudo, pois as prefeituras foram diretamente responsáveis pela seleção e pela contratação de 83,6% do total dos profissionais de saúde que atuavam na AB dos municípios em estudo, sendo que 77,2% possuíam vínculos formais com os municípios.

A partir da década de 1990, passou a existir um mosaico de situações jurídicas e profissionais entre os trabalhadores de saúde, gerando novas formas de gestão do trabalho, como o aumento do número de profissionais contratados como autônomos, terceirizados, incentivo à organização de seguros e planos privados disponibilizados por grupos de profissionais de saúde 'liberais', o que se apresenta como uma das mais graves consequências das medidas neoliberais, comprometendo o potencial político-organizativo e a gestão desses trabalhadores (CARVALHO; SANTOS, CAMPOS, 2013).

No entanto, verificou-se que as tendências de precarização das relações e a flexibilização das condições de trabalho, ocorridas a partir dos anos 1990, introduzidas pelo Plano Diretor da Reforma do Estado, cujas leis decorrentes regulamentaram a utilização de instituições privadas em associação com o Estado (BRASIL, 1995), não se mantiveram nas mesmas proporções iniciais. Ou seja, mesmo com as dificuldades que os gestores possam ter encontrado, como a complexidade da organização de concursos públicos, a fixação de profissionais e a Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000), que estipula limites para gastos com pessoal e outras regulamentações que regem a administração pública, estão viabilizando meios para diminuir a precarização da força de trabalho em saúde.

Tais resultados sinalizam avanços na gestão do trabalho pelos pequenos municípios, se comparados a dois estudos anteriores (TOMASI *ET AL.*, 2008; GIRARDI; CARVALHO, 2001). O primeiro pesquisou, em 2005, trabalhadores da AB na região Sul, em municípios com mais de 100.000 habitantes, e identificou que 59,0% destes haviam sido selecionados por concurso público, e 28,0% admitidos por meio de vínculos precários. E o outro, em 2001, indicou que, entre as regiões geográficas do Brasil, a região Sul apresentava os menores índices de participação das prefeituras na contratação dos profissionais das EqSF, com os índices de 76,2% para os dentistas, 72,8% para os Aenf, 67,2% para os enfermeiros, 62,1% para os médicos e 53,6% para os ACS.

Um fator limitante, que ainda se apresenta nos pequenos municípios, é a quase ausência de uma política de planos de carreira, cargos e salários, pois 79,5% de todos os profissionais estudados referiram não ter PCCS. A implantação do PCCS/SUS, com perspectivas de desenvolvimento da carreira, política definida para ingresso, evolução e avaliação de desempenho, deve contribuir para maior valorização e fixação dos profissionais nas equipes, para maior satisfação e realização profissional; e, no âmbito da gestão, como facilitador para o dimensionamento das equipes, planejamento e previsão orçamentária, sendo de atribuição e responsabilidade dos gestores das três esferas de governo sua elaboração e implantação conforme 'Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS' (BRASIL, 2005).

A implantação e a implementação do PCCS podem refletir, indiretamente, na melhoria da qualidade do trabalho e no atendimento à população, tendo em vista as especificidades das equipes e a complexidade do trabalho em saúde. O desenvolvimento de mecanismos mais eficazes, que contemplem tanto as exigências de qualidade nos serviços quanto os anseios de melhores condições de trabalho para os profissionais, é um desafio, ainda, a ser superado (PIERANTONI *ET AL.*, 2008),

Quanto aos salários, chama atenção o desequilíbrio entre os salários pagos aos profissionais de nível superior. Aos médicos pagava-se, em média, mais que o triplo dos salários dos dentistas e enfermeiros. De qualquer forma, mesmo os maiores salários podem ser considerados 'baixos', pois, já em 2009, discutia-se no Senado Federal o Projeto de Lei do Senado n.º 140, que pretendia fixar o piso salarial para médicos e dentistas em sete mil reais por 20 horas semanais, bem acima dos valores salariais referidos pela maioria dos entrevistados dessas categorias (BRASIL, 2009). Esse fato

provavelmente se relaciona com outros dois observados: a multiplicidade de vínculos empregatícios e as cargas horárias contratuais não cumpridas por médicos e dentistas. A adoção de PCCS, embora provavelmente implique maiores gastos, pode contribuir para resolver ou atenuar essas distorções.

Considerações finais

As informações apresentadas neste estudo propiciam um maior conhecimento das características da força de trabalho na AB em MPP.

A pesquisa revelou vários aspectos positivos, como a diversidade de categorias profissionais, a boa distribuição geral de trabalhadores de saúde por habitantes, a formação qualificada para atuação na AB, a seleção por concurso ou teste seletivo, vínculos empregatícios formais e legais. Por outro lado, evidenciou deficiências a serem sanadas, como o número insuficiente de médicos para a população considerada, ausência de planos de carreira, salários insuficientes e, por vezes, iníquos entre trabalhadores, multiplicidade de vínculos empregatícios e descumprimento da carga horária contratada por alguns profissionais.

Problemas identificados podem ser superados pontual e especificamente, mas, assumindo uma visão mais abrangente, há necessidade da instituição de políticas específicas para os MPP. Concordando com o Plano Diretor em Municípios de Pequeno Porte, pode-se afirmar que são necessários investimentos técnicos, financeiros e de qualificação da gestão, bem como a realização de pesquisas, medidas de acompanhamento e avaliação por parte das instâncias estaduais e federal, devido à carência de estrutura para o planejamento e a baixa capacidade de gestão urbana para exercer a competência municipal constitucional dessa parcela de municípios. O apoio possibilitará a estes darem respostas às necessárias transformações e aos desafios contemporâneos da gestão do trabalho no SUS e suas especificidades, uma vez que a descentralização lhes trouxe desafios que ainda não foram superados completamente. ■

Referências

BRASIL. Lei Complementar nº101, de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União,* Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>. Acesso em: 23 jun. 2013.

_____. Ministério das Cidades. *Plano Diretor em Municípios de pequeno porte.* [s.d.] . Disponível em: <http://portal.cnm.org.br/sites/8800/8875/download/2_dia/PlanoDiretoremMunicipiosdepequenoporte_Modificada.pdf>. Acesso em: 28 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. *Orientações gerais para elaboração de editais:* processo seletivo público (agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Plano diretor da reforma do Estado*. Brasília.

1995. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/noticia.asp?p=not&cod=524&cat=238&sec=25>. Acesso em: 23 jun. 2013.

_____. Senado Federal. Projeto de lei do senado nº 140, de 2009. Altera dispositivos da Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, para fixar o valor do piso salarial e a jornada de trabalho dos médicos e cirurgiões-dentistas, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 04 maio 2009. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=59198&tp=1>. Acesso em: 27 mar. 2014.

CAMPOS, E. C.; MACHADO, M. H.; GIRARDI, S. N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em Saúde para Debate,* Rio de Janeiro, n. 44, p. 13-24, maio 2009.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde em debate,* Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, 2013.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. *Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil*. 2001. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/pdf/%5b2003%5dcontracao_qualidade_emprego.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo*. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/censo2000>. Acesso em: 13 jul. 2010.

LACAZ, F. A. C. *Relatório técnico final de projeto de pesquisa:* avaliação da gestão do trabalho como tecnologia em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: Unifesp, 2008.

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

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2012-2015*. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano_estadual_saude_1104.pdf>. Acesso em: 27 mar 2014.

PIERANTONI, C. R. et al. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F.; Formulação da política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1777-1788, 2011.

RAMOS, A. S. et al. Política de Gestão do Trabalho e Educação Permanente na Bahia: "O SUS é uma escola". *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 33, n. 1, p. 40-50, jan./mar. 2009.

SCHERER, M.D.A; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde, *Rev. Saúde Públ.,* São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s193-s201, 2008.

WERMELINGER, M. et al. Feminilização do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. *Divulgação em Saúde para Debate,* Rio de Janeiro, n. 45, p. 54-70, maio 2010.

Recebido para publicação em março de 2014
Versão final em julho de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: Fundação Araucária, por meio da chamada de Projetos 08/2009 – Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde. Nº do processo: 11348/2010

Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal

Professional evaluation systems and contracting of the management in Primary Health Care in Portugal

Márcia Silveira Ney[1], Celia Regina Pierantoni[2], Luís Velez Lapão[3]

RESUMO Apresenta-se um estudo de caso realizado em Portugal sobre sistemas de avaliação profissional para atenção primária. Os objetivos foram analisar a trajetória de implantação, a estrutura organizacional e as ferramentas de gestão utilizadas, bem como discutir sobre os processos que vêm sendo instituídos no Brasil com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Trata-se de estudo descritivo, com investigação bibliográfica de abordagem qualitativa. Os resultados indicam uma estrutura de coordenação, com descentralização dos serviços, que requer maior autonomia dos gestores de saúde e regulamentação do processo avaliativo, contribuindo para a obtenção de melhores resultados.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação de desempenho profissional; Atenção Primária à Saúde; Administração de recursos humanos em saúde.

ABSTRACT *It presents a case study performed in Portugal on professional evaluation systems in primary care. The objectives were to analyze the implanting trajectory, organizational structure and the management tools employed, as well as to discuss about the processes that have been instituted in Brazil along with National Program for Improving Access and Quality* (PMAQ). *It is about a descriptive study, with bibliographical investigation of qualitative approach. Results indicate a coordination structure with decentralization of services that requires greater autonomy of the health managers and regulation of the evaluation process, contributing for obtaining greater results.*

KEYWORDS *Employee performance appraisal; Primary Health Care; Health personnel management.*

[1] Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Uerj), Instituto de Medicina Social, Observatório de Recursos Humanos em Saúde – Rio de Janeiro, Brasil.
marcia.ney.unesa@gmail.com

[2] Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
cpierantoni@gmail.com

[3] Universidade Nova de Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Lisboa, Portugal.
luis.lapao@ihmt.unl.pt

DOI: 10.1590/0103-110420151040266

Introdução

Diversas transformações vêm ocorrendo no Brasil e no mundo, nos últimos anos, visando à reestruturação dos serviços de saúde e das políticas que envolvem o desenvolvimento de recursos humanos e seus setores de trabalho. Há, finalmente, o reconhecimento de que o desempenho dos recursos humanos é um dos determinantes fundamentais do desempenho dos sistemas de saúde.

No Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 2006, intitulado 'Trabalhando juntos pela saúde', foram levantadas questões sobre avaliação dos trabalhadores no âmbito da gestão de desempenho dos serviços de saúde. Segundo o relatório, o desempenho da força de trabalho é fundamental porque tem um impacto imediato na prestação de serviços e, em última instância, na saúde da população. Uma força de trabalho com bom desempenho é aquela com boa capacidade de respostas, eficiente e que atinge os melhores resultados na saúde em face dos recursos disponíveis e das circunstâncias encontradas. Há de se considerar que o desempenho da força de trabalho pode variar de acordo com algumas circunstâncias, e que os trabalhadores também podem apresentar desempenhos diferentes nos serviços (OMS, 2006).

Reconhece-se, também, que os sistemas de saúde e os determinantes de sua evolução são complexos. Devido às mudanças demográficas globais, por um lado, lidamos com o aumento da esperança de vida, com a redução da mortalidade infantil, com melhoria dos indicadores sociais da população, e, por outro, com o envelhecimento populacional, o aumento da prevalência de doenças crônicas, os desafios de garantir acesso aos cuidados de saúde à população, de reduzir os custos, de qualificar e melhorar o desempenho dos profissionais, de alcançar e gerir melhor os resultados, de trabalhar em equipe multiprofissional, de integrar uma rede de serviços, entre tantos outros (SOUSA, 2009).

Além disso, com o atual crescimento dos gastos com saúde, assumidamente uma preocupação mundial, essa discussão tem estimulado pesquisadores e formuladores de políticas a procurar soluções inovadoras sobre formas mais adequadas de utilização dos recursos, a fim de garantir que a evolução das necessidades de cuidados de saúde seja atendida e que os sistemas de saúde funcionem de forma mais eficiente e eficaz (KALINICHENKO, 2013).

Mesmo para países desenvolvidos que apresentam gastos públicos elevados no setor, como os europeus, isso ainda é um grande desafio. Em recente pesquisa, realizada em países integrantes da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), constatou-se que, se nada for feito para alterar essa situação, prevê-se que grande parte dos países irá gastar valores acima de 20% do PIB até 2050 (KALINICHENKO, 2013).

De certa forma, muito tem sido feito com a priorização de reformas dos sistemas de saúde voltadas para a Atenção Primária à Saúde (APS). Experiências exitosas enfocam questões relacionadas à melhoria de acesso à saúde, redistribuição de profissionais de saúde, sistemas mais equitativos, inclusivos e justos, mas, também, a mudanças fundamentais com o desempenho dos sistemas (VAN LEMBERGUE, 2008).

Alguns autores partilham desse interesse renovado pela APS, e relatam, ainda, que investimentos são necessários para apoiar a reforma e que esta diz respeito não apenas aos recursos humanos e à infraestrutura, mas, também, à formação, educação, investigação, melhoria contínua da qualidade, a sistemas de gestão eficazes, quadro regulamentar adequados e incentivos financeiros. Consequentemente, a melhoria contínua da qualidade na APS tem sido reconhecida por várias entidades internacionais como uma das prioridades (LAPÃO; DUSSAULT, 2012; PISCO, 2011, P. 2842).

Neste sentido, no cenário brasileiro, no que tange à agenda estratégica do SUS para a

atenção primária, a prioridade é a Estratégia Saúde da Família (ESF) – que teve como antecessor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), de 1991 –, implantada em 1994, sendo impulsionada e incentivada pelo governo (BRASIL, 2011A; VIANA, DAL POZ, 1998).

O Brasil apresentou, nos últimos anos, grande avanço no acesso e na oferta de serviços de saúde de atenção primária com sua implantação. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde (MS), em 2012, a ESF atingiu uma cobertura de 54% da população, com mais de 33 mil equipes, garantindo assistência para 124 milhões de brasileiros (BRASIL, 2012).

Com a consolidação e a expansão da estratégia, mudanças incrementais no sistema foram surgindo, como iniciativas de fortalecimento da articulação intersetorial e abertura de novos postos de trabalho, possibilitando a inserção de mais categorias profissionais, como a implantação das equipes de saúde bucal, em 2000, e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em 2008, mudanças no perfil e na formação profissional, revelando-se um programa de caráter um tanto inovador para a política de atenção à saúde do País.

Diante da expansão dos serviços, o Ministério da Saúde, em conjunto com as secretarias municipais, estaduais e instituições de ensino e pesquisa, desencadearam ações estratégicas com vistas a investimentos em atividades de monitoramento e avaliação, de forma sistemática, favorecendo a definição de uma política nacional de avaliação e monitoramento para APS no País (BRASIL, 2011B).

Diversas pesquisas vêm sendo realizadas desde então, com diferentes abordagens, em prol de melhoria de qualidade da APS brasileira. O impacto da ESF pode ser descrito como indutor da redução de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária e também tem sido responsável, com grande visibilidade, pela redução da mortalidade infantil no País. Os resultados alcançados nos últimos anos são marcantes para um país extenso, complexo, com características demográficas distintas e grande desigualdade social (MENDONÇA, 2009; VICTORA *ET AL.*, 2011; MACINKO *ET AL.*, 2007).

Porém, ainda persistem lacunas significativas na área de gestão do trabalho e recursos humanos quando se analisa o desenvolvimento de políticas voltadas para a qualificação do trabalho, atração e fixação de profissionais, tais como avaliação de desempenho, utilização de ferramentas de gestão e mecanismos de negociação do trabalho, que deem conta do contingente de profissionais que adentram diariamente em um mercado em ascensão.

Segundo pesquisa realizada em 2011 pela Estação de Pesquisa – Sinais de Mercado, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/ Universidade Federal de Minas Gerais –, estima-se que a ESF seja responsável por algo próximo a 420 mil postos de trabalho em todo o País (NEY; RODRIGUES, 2012; GIRARDI *ET AL.*, 2009).

Esforços têm sido empreendidos pelo governo no sentido de ajustar as estratégias prioritárias para o SUS e de conhecer a qualidade dos serviços ofertados na atenção primária à sociedade, nos mais diversos contextos existentes no País. Dessa forma, o Ministério da Saúde, através da publicação, em 2011, da Portaria GM/MS n.º 1654, avançou nessa direção, instituindo, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que, além de ter como objetivo induzir à melhoria do acesso aos serviços, possa garantir qualidade, incluindo incentivos financeiros aos municípios participantes (BRASIL, 2011B).

Há de se destacar que o processo de avaliação que vem sendo preconizado no Brasil decorre de uma longa trajetória de experiências e iniciativas tomadas ao logo dos anos desde a criação da estratégia para regimento da política nacional. Também, modelos utilizados em diversos países têm sido utilizados para comparação, apoio e discussão,

ampliando conceitos fundamentais para a construção de um modelo nacional (CASTRO; MACHADO, 2012).

O presente artigo insere-se nesse contexto, buscando como objeto ampliar os conhecimentos na área, analisar a trajetória de implantação de uma experiência inovadora relacionada aos processos de gestão direcionados à avaliação de desempenho e contratualização das equipes no âmbito da APS. Neste sentido, optou-se pela realização de um estudo de caso sobre o modelo de avaliação e contratualização implementado na atenção primária, em Portugal.

Os principais objetivos do estudo foram conhecer a trajetória de implantação, analisar o contexto geral e as condicionalidades de implantação do sistema, identificar os fatores facilitadores e limitantes na implantação do processo de gestão para a atenção primária, as ferramentas utilizadas, bem como obter subsídios de correlações com o programa brasileiro que vem sendo instituído atualmente.

Essa análise não prevê quaisquer comparações entre os países Brasil e Portugal, já que pontua dois sistemas de saúde diferentes, cada um com a sua história, sua reforma e sua conquista. Porém, examinar uma experiência mais 'antiga', torna sua análise interessante como propósito de enriquecer o debate, indicando um leque de alternativas e possíveis subsídios para a recente experiência, no cenário brasileiro, com o PMAQ-AB.

O artigo está estruturado iniciando-se com uma apresentação sobre a trajetória de implantação da atenção primária em Portugal; posteriormente, são discutidas as políticas para introdução de novas ferramentas de gestão, como o sistema de avaliação e contratualização para as Unidades de Saúde Familiar (USF), bem como os resultados alcançados até o momento. Em seguida, são apresentadas algumas considerações para o cenário brasileiro, finalizando com a conclusão.

Metodologia

Pesquisa de abordagem qualitativa, que envolve análise bibliográfica e documental através de coleta de documentos expedidos pelo governo de Portugal sobre a reforma da APS, estudos e pesquisas realizadas sobre o processo de contratualização e avaliação de desempenho nas USF.

Para contextualizar e atender aos objetivos do estudo, de analisar tanto o sistema nacional de saúde português quanto as suas condicionalidades no processo de implantação das ferramentas de gestão para atenção primária, foi realizado um levantamento de documentos expedidos pelo governo de Portugal, disponibilizados através do site do departamento da Direção Geral da Administração e do Emprego Público (DGAEP), da Direção Geral da Saúde (DGS), do Ministério da Saúde e do Alto Comissariado da Saúde. As normas, os decretos e as portarias vigentes para os Cuidados de Saúde Primários foram consultados através de acesso documental disponibilizado pelo link do Ministério da Saúde do País.

O levantamento bibliográfico também se apoiou na busca sistemática de artigos científicos mais recentes na área, utilizando as bases de busca *Medline e Lilacs.* Os descritores utilizados no estudo foram: 'atenção primária à saúde', 'cuidados de saúde primários', 'saúde da família', 'pagamento por resultados', 'contratualização', 'avaliação de desempenho', 'avaliação de processos (cuidados de saúde)', 'incentivos profissionais' e 'gestão de qualidade'; e descritores na língua inglesa: '*primary health care*', '*primary healthcare reform*', '*pay for performance*', '*employee performance appraisal*', '*management for result*'. Também foi realizada leitura de teses e dissertações disponíveis no portal da Capes Periódicos e no repositório da Universidade Nova de Lisboa, bem como de relatórios disponibilizados pelo Observatório de Saúde Português e pelo Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde.

Quanto à legislação e às normas vigentes para o sistema de avaliação profissional e a contextualização histórica da APS em Portugal, o trabalho levou em consideração a legislação expedida ao longo do período de 1990 e 2012.

Quanto à análise sobre a estruturação e a organização das unidades, foram examinados instrumentos normativos, como: resoluções, decretos de lei e despachos, a citar: a Resolução de Conselho de Ministro n.º157/2005, que criou a estrutura de Missão para os Cuidados de Saúde Primários; o regulamento de implantação das USF; o Decreto de lei n.º 28/2008, que criou os Agrupamentos de Centros de Saúde como uma nova estrutura de gestão.

O artigo faz parte de uma pesquisa de doutorado, com modalidade sanduíche, realizada em Lisboa/Portugal. A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), de acordo com a Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e aprovada sob o parecer de número 153.996.

O sistema de avaliação profissional e a contratualização na atenção primária em Portugal

Nos últimos 30 anos, as políticas de saúde em Portugal – inserido em um contexto mundial em que todos os países iniciaram processos de reforma da atenção primária – produziram intensas transformações na trajetória, na configuração e na organização dos sistemas de saúde. Diversas foram as modificações e resoluções tomadas, possibilitando um progresso significativo e melhoria sistemática dos serviços reconhecidos internacionalmente (BRANCO; RAMOS, 2001).

Portugal foi um dos primeiros países europeus a adotar políticas integradas para organizar uma rede de serviços para os Cuidados de Saúde Primários, de uma forma generalizada, colocando os centros de saúde como o pilar central do sistema. Segundo Pisco (2011), para o sistema de saúde português, os centros de saúde são um patrimônio cultural, técnico e institucional, que importa não apenas preservar, mas, também, modernizar e desenvolver, pois continuam a ser o meio mais eficiente e acessível para proteger e promover a saúde da população (PISCO, 2011, P. 2842).

As primeiras iniciativas relacionadas aos cuidados primários datam de 1962. O País apresentava uma alta taxa de mortalidade infantil (77,5%), sendo implementado nessa ocasião um programa de vacinação e o desenvolvimento de serviços destinados ao atendimento materno-infantil em todas as regiões do País, com o apoio da Igreja Católica e de uma rede de serviços de saúde, através das Santas Casas de Misericórdia. Essa iniciativa culminou com a intensa regressão da mortalidade infantil no País, representando um importante avanço nos últimos trinta anos, reconhecido internacionalmente, conforme registrado no relatório da Organização Mundial de Saúde sobre as reformas implantadas na APS (LAPÃO, 2012).

No entanto, ao longo dos anos, aspectos relacionados a fragilidades no processo de avaliação e monitoramento da expansão dos serviços de saúde se evidenciaram. O modelo de gestão e a organização da prestação de cuidados eram fragilizados. A excessiva centralização dos serviços nas sub-regiões e nas Administrações Regionais de Saúde (ARS), a crescente desproporção entre recursos humanos existentes na atenção primária e secundária e a ausência de um sistema remuneratório sem incentivo adequado e proporcional ao desempenho conduziram a uma deterioração da capacidade de prestação de cuidados e a uma crescente desmotivação dos profissionais.

Uma das primeiras iniciativas para reduzir o descontentamento dos profissionais e ainda possibilitar a expansão da atenção

primária para a população foi a aprovação do regime das carreiras médicas, possibilitando aos médicos alargar o regime de trabalho, admitindo-se e motivando a prática do regime de dedicação exclusiva na atenção primária. Dessa forma, várias experiências para modificação da forma remuneratória do sistema foram iniciadas, resultando na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (PISCO, 2011).

Em 1996, uma experiência voltada para a mudança do processo remuneratório e organizacional das unidades de cuidados de saúde primários ocorreu, ainda que de forma localizada na região de Lisboa e Vale do Tejo, denominada Projeto Alfa. Essa iniciativa previa novas modalidades de organização e de gestão por meio das equipes de médicos de família, que deveriam alinhar sua prática em objetivos negociados com a Autoridade Regional de Saúde, a fim de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços.

Em 1998, foi implantado pelo Ministério da Saúde o Regime Remuneratório Experimental (RRE) – Decreto-Lei n.º117/98, de 5 de maio – para um grupo de médicos da carreira de clínica geral, médicos de família, com objetivo de organizar a prestação dos cuidados, através de adequado e justo reconhecimento dos diferentes níveis do desempenho dos profissionais. A remuneração dos médicos passava a ser baseada em um componente fixo e outro baseado em variáveis, como a realização de cuidados domiciliários, o alargamento do período assistencial, a realização de vigilância a grupos vulneráveis (gravidez, puerpério, crianças no primeiro ano e planejamento familiar), entre outros (PORTUGAL, 1998).

Com a necessidade de descentralizar a gestão das unidades e organizar os serviços de saúde pública nos níveis regional e local, foram criados os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, e as agências de contratualização dos serviços de saúde, visando à distinção entre prestação e financiamento dos serviços de saúde. Também foi estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), como um conjunto de recursos articulados e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, facilitando a participação social e a racionalização para a utilização dos recursos na saúde (BRANCO; RAMOS, 2001; PORTUGAL, 2012A).

Em 2005, foi criada uma estrutura de Missão para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (MCSP), através da publicação de Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 22 de setembro, para conduzir o projeto de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das USF. Tratava-se de um novo modelo de governação da saúde. Essa estrutura possibilitou a introdução de mecanismos gerenciais e de contratualização nas unidades de saúde (PORTUGAL, 2005).

Nessa perspectiva, a MCSP publicou, em 2006, as 'Linhas de ação prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários', onde divulgou propostas em oito áreas de atuação e apresentou qual seria a evolução da reforma. Estabeleceu como grandes objetivos para a reforma da APS a obtenção de mais e melhores cuidados de saúde para os cidadãos, aumento da acessibilidade e consequente aumento da satisfação dos utilizadores dos serviços. Pretendeu-se, também, aumentar a satisfação dos profissionais criando boas condições de trabalho, melhorando a organização e recompensando as boas práticas. Simultaneamente, melhorando a eficiência e promovendo a contenção de custos (PISCO, 2007).

Em setembro de 2006, foram implantadas as primeiras USF, através da deliberação do Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de fevereiro. Foi estabelecido o regimento jurídico para organização e funcionamento e o regime de incentivos atribuído aos seus elementos, possibilitando o alargamento da cobertura populacional na atenção primária no País.

A organização e a distribuição das USF respeitavam uma área territorial estabelecida,

composta por três a oito médicos de família, enfermeiros e secretários clínicos, abrangendo uma população de 4000 até 14000 pessoas, e cada médico de família teria sob sua responsabilidade uma lista de pacientes cadastrados.

Nessa fase, um grande passo se estabeleceu com a introdução de ferramentas gerenciais importantes para o monitoramento das unidades, com um sistema de pagamento misto (capitação, salário, objetivos), incentivos financeiros e profissionais com recompensa ao mérito (baseado em atividades) e sensível à produtividade e à acessibilidade, mas, também, à qualidade, através de uma metodologia de contratualização estabelecida (PISCO, 2007).

A introdução do processo de contratualização com as USF foi um dos pontos fundamentais da reforma em Portugal. A gestão por objetivos das USF, através da negociação de metas, corresponde a um maior nível de exigência e de responsabilização das equipes, com vista à melhoria da prestação de cuidados, ganhos de eficiência e de satisfação dos usuários (PORTUGAL, 2008).

Com a estruturação e a organização das USF, estavam previstos três modelos de desenvolvimento, classificados de acordo com o grau de desempenho no sistema: modelo A, B ou C. A classificação de uma USF num dado nível era determinada pelo cumprimento de critérios de acordo com a seguinte diferenciação: grau de autonomia organizacional; a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais; e o modelo de financiamento e seu respectivo estatuto jurídico.

Atualmente, existem apenas os modelos A e B em funcionamento. A contratualização com as USF dos modelos A e B faz-se através da definição de metas a atingir. As metas fixadas não são quantificadoras do número de consultas ou de outros atos. São um conjunto de indicadores de processo e de resultado, orientados para ganhos em saúde. Os indicadores relacionam-se com pacientes vulneráveis (crianças, grávidas) e de risco (diabéticos, hipertensos), com a acessibilidade dos cuidados, com a satisfação dos utentes e, ainda, com uma vertente econômica focada no custo dos medicamentos e Métodos Complementares de Diagnose e Terapia (MCDT).

A contratualização contempla uma carteira básica de serviços, comum a todas as USF e uma carteira adicional de serviços, aplicável apenas às USF do modelo B. A monitorização e a avaliação dos resultados culminam na atribuição dos incentivos institucionais previstos para esses dois modelos de desenvolvimento (PORTUGAL, 2008; PORTUGAL, 2010A).

Ao longo dos anos de existência das USF, a contratualização comportou alterações e ajustes próprios de um sistema implementado pela primeira vez. Na carteira básica de serviços, referente ao ano de 2007, foram contratualizados vinte indicadores escolhidos a partir de uma lista de quarenta e nove: quinze comuns a todas as USF e cinco selecionados pelas USF. Em 2008, a Portaria n.º 301/2008, de 18 de abril, regulamentou o processo de contratualização e de atribuição dos respectivos incentivos (PORTUGAL, 2008).

A partir dessa publicação, passaram a ser contratualizados apenas quinze indicadores, treze comuns a todas as USF e apenas dois acordados especificamente com cada USF. Os indicadores comuns são distribuídos por quatro grandes áreas: acessibilidade (quatro), desempenho assistencial (oito), qualidade percepcionada (um) e desempenho econômico (dois). Os indicadores selecionados por cada USF pertencem ao grupo 'desempenho assistencial'. As USF com carteira adicional de serviços devem ter pelo menos um indicador de 'desempenho assistencial', que permita aferir a carga horária realizada e a produção estimada para cada atividade adicional (PORTUGAL, 2010B).

Alguns indicadores são básicos na carteira de serviços comuns a todas as USF, para atribuição dos incentivos institucionais, mesmo assim, são avaliados anualmente, a fim de verificar sua permanência ou não no processo de contratualização anual, conforme demonstrado no *quadro 1*.

Quadro 1. Indicadores base para atribuição de incentivos institucionais, 2012

Área	Indicadores
Acesso	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família Taxa de utilização global de consultas Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos
Desempenho assistencial	Percentagem de mulheres, entre 25 e 64 anos, com colpocitologia atualizada Percentagem de mulheres, entre 50 e 69 anos, com mamografia registrada nos últimos dois anos Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registradas nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres Percentagem de hipertensos com pelo menos uma avaliação de pressão arterial em cada semestre Percentagem de crianças com PNV* atualizado aos 2 anos Percentagem de crianças com PNV atualizado aos 6 anos Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até os 28 dias Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre
Satisfação dos utentes	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muitos satisfeitos
Eficiência	Custo médio de medicamentos faturados por utilizador (em PVP**) Custo médio de MCDT*** faturados por utilizador

Fonte: BRASIL, 2012
*PNV – Programa Nacional de Vacinação
** PVP – Preço de Venda ao Público
***MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapia

Em continuidade ao processo de reforma, foram criados, em 2008, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACSs), através da publicação do Decreto-lei n.º 28, de 22 de fevereiro de 2008b. Assim, extinguiu-se a estrutura intermediária de sub-regiões de saúde, concentrando o processo de organização e gestão dos cuidados de saúde primários nos ACEs.

A estrutura envolveu não só a organização das USF, mas a estruturação de outras unidades funcionais: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (Urap), Unidades de Saúde Pública (USP) e unidades ligadas diretamente ao Diretor Executivo, como a Unidade de Apoio à gestão (UAG), o gabinete do cidadão, o conselho clínico e o conselho da comunidade.

O processo de contratualização estabelecido com a USF continuou com a organização dos ACEs, porém, algumas modificações foram necessárias. A partir da criação dos ACEs, o processo de contratualização passou a ter dois momentos: uma contratualização interna entre os ACEs e as unidades que os constituem, da qual resulta a assinatura de uma Carta Compromisso; e um segundo momento, a contratualização externa entre a ARS regional e os ACEs, de que resulta um Contrato – Programa, que teve início em 2011 (PORTUGAL, 2012).

A reforma da atenção primária tem demonstrado, desde o início, resultados satisfatórios no que tange à melhoria de indicadores de saúde e satisfação da população, conforme demonstrado em pesquisas e mencionado em relatórios sobre os Cuidados Primários em Saúde da Organização Mundial de Saúde (OPSS, 2003; OMS, 2008). Porém, alguns autores destacam que a adesão à reforma não tem sido uniforme ao longo do País, criando desigualdades nos cuidados de saúde disponibilizados aos cidadãos, devido às fragilidades na distribuição e recolocação de médicos de família em algumas regiões. Prevê-se que, até 2020, cerca de 56% dos médicos de família deixem a sua atividade profissional. Essas perdas terão implicações, como uma menor cobertura da população e a consequente sobrecarga dos níveis secundários de cuidados, assim como redução da eficiência e aumento de gastos na saúde (MIGUEL; SÁ, 2010).

O processo que ainda decorre assenta-se numa segunda etapa de desenvolvimento e amadurecimento. A garantia da sustentabilidade dessa reforma em médio e longo prazos passa por manter as estratégias de mudança com ajustes que possam aumentar a sua implementação, autonomia e que diversifiquem a oferta de unidades, assim como a edificação de uma cultura e de práticas regulares de responsabilização, de avaliação e de transparência em todos os níveis. Consequentemente, esse é um dos desafios que se colocam para os próximos anos (PORTUGAL, 2010).

Considerações para o cenário brasileiro

Os sistemas de saúde, em geral, apontam os processos de contratualização como um instrumento necessário para alcançar uma maior eficiência dos recursos utilizados, facilidade de acessibilidade aos serviços, uma prestação de serviços de elevada qualidade, com maior enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças (OMS, 2006).

Porém, convém ressaltar que alguns elementos comuns de sucesso, observados em diversos países que utilizam o instrumento, compreendem a descentralização das unidades de prestação de serviços, a criação de equipes multidisciplinares, o envolvimento e a motivação dos profissionais e uma maior autonomia dos processos decisórios e da gestão de recursos para os profissionais de 'linha de frente', por se encontrarem mais próximos dos doentes, com maior conhecimento das necessidades e expectativas dos usuários. Outro fator implicado no sucesso consiste da articulação dos demais níveis de assistência à atenção primária, que potencie a integralidade do cuidado do paciente, devidamente sustentados por modelos de incentivos financeiros (ESCOVAL *ET AL.*, 2010).

Ao analisarmos a situação do Brasil, evidencia-se a importância das lutas e dos movimentos sociais que levaram ao estabelecimento de um Sistema Único de Saúde (SUS) público; os desafios percorridos para a sua implantação, em um país de enorme dimensão territorial, com disparidades regionais e sociais; as dificuldades no processo de descentralização; o subfinanciamento do setor; a reestruturação da rede de serviços integrados e orientados para a atenção primária; as fragilidades do processo de formação; a qualificação e a inserção de recursos humanos; a ausência de regulação profissional e do trabalho; e o aumento de setores privados em concorrência com os recursos públicos.

Mesmo diante de tantos desafios, o País apresentou grande avanço nos últimos anos. A ESF, como modelo organizacional da APS, vem alcançando resultados importantes e positivos para a melhoria dos indicadores de saúde e tem possibilitado maior integração aos serviços, o redirecionamento de recursos entre as regiões do País, a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB) e do pacto pela saúde, como proposta descentralizadora (LIMA *ET AL.*, 2012; PAIM, 2006).

A ESF, além de expandir o acesso aos serviços da população, repercutiu na implantação de novas políticas de saúde, como: promoção de saúde, fornecimento de medicamentos, saúde bucal, implementação de estratégias de formação, qualificação e inserção profissional, políticas de avaliação e monitoramento, entre tantas outras que foram necessárias para dar os devidos suporte e 'consistência' ao modelo preconizado.

Também, ao analisarmos os caminhos percorridos sobre os processos avaliativos para a APS, sobretudo quanto às políticas de avaliação, percebe-se uma trajetória prioritária para os processos de avaliação e monitoramento voltados para a expansão da cobertura do programa, a implementação de novas equipes, de outras categorias profissionais, relacionadas aos processos de trabalho e aos produtos executados, em prol da melhoria de acesso e de indicadores de saúde.

Já no tocante à outra vertente relacionada ao processo avaliativo, referente às políticas de avaliação de recursos humanos, de avaliação de desempenho profissional e de contratualização de metas voltadas para a melhoria da qualidade, percebe-se a existência de uma trajetória um tanto 'sombria', com poucos investimentos direcionados para a área e sem experiência ao longo dos últimos anos.

A proposta do PMAQ surge em 2011, em âmbito nacional, pela possibilidade de maior envolvimento dos profissionais no processo avaliativo, tanto com relação aos processos de trabalho executados quanto às políticas de recursos humanos voltadas para a atenção primária.

O PMAQ vem para impulsionar melhorias nas instalações físicas das unidades, no planejamento e na organização dos serviços, na avaliação e no monitoramento dos indicadores de saúde, em gestão, formação e qualificação profissional, além de viabilizar incentivos financeiros tanto para os municípios participantes quanto para os profissionais, em reconhecimento ao trabalho executado. Esse é um modelo que possibilita comparações tanto entre equipes do mesmo município como na esfera nacional. Para isso, requer o cumprimento de indicadores em áreas estratégicas estabelecidas, o que leva em conta um padrão de prioridade nacional.

Ressaltam-se, porém, alguns fatores que necessitam ser analisados como pontos de fragilidades que envolvem tanto a escolha dos indicadores de monitoramento selecionados pelas equipes quanto aos critérios de adesão das equipes. Quanto aos indicadores selecionados, estes podem não privilegiar as necessidades locais de saúde da população e não englobar as competências técnicas dos profissionais, podendo não ser um representativo de melhoria de qualidade. Outro aspecto refere-se ao processo de seleção e adesão das equipes, podendo ocorrer um viés pelos gestores, que passam a privilegiar as equipes com melhores condições de bons resultados para recebimento de incentivos, em detrimento de outras, para certificação, não condizendo com uma realidade global.

Em paralelo, destaca-se a ausência de uma 'cultura de avaliação' e negociação entre profissionais e gestores. Muitos profissionais sentem-se amedrontados com processos avaliativos, por não seguirem uma normatização ou pelo fato de os processos de negociação, na maioria das vezes, privilegiarem o poder da gestão política em detrimento da gestão técnica.

Outro fator que pode comprometer os processos gerenciais refere-se à alta rotatividade ainda existente, tanto de gestores como de profissionais, representando uma ameaça para a credibilidade de sistemas de avaliação, onde muitos programas são descontinuados com as mudanças de governo.

No campo do trabalho, o programa pode ser um aliado dos profissionais de saúde, possibilitando maior poder de negociação com gestores e discussões sobre salários, vínculos trabalhistas e plano de carreiras, e favorecedor de fixação profissional e carreira para o setor.

O estudo de caso realizado em Portugal possibilitou a identificação de aspectos positivos que poderão servir de reflexão ao cenário brasileiro:

A importância de uma gestão profissional próxima aos serviços e à população, possibilitando adequações, com rapidez, dos serviços às necessidades das populações;

A importância condicionada à gestão e à governação clínica na APS, com formação específica dos diretores executivos. Mais ainda, a discussão de normas de orientação clínica e a participação da comunidade nos conselhos;

A importância da integração entre a avaliação de desempenho profissional e a contratualização como um caminho a percorrer em prol de melhorias no sistema;

A trajetória de implantação de um modelo, que já ocorre há alguns anos, até o aperfeiçoamento dos instrumentos, a adequação do sistema e a imersão em uma 'cultura';

A capacitação do processo de contratualização e apoio aos serviços e o monitoramento rigoroso das ARS aos ACEs.

A análise do modelo de APS de Portugal revelou pontos importantes, que servem de análise para o programa instituído na ESF no Brasil. A APS, no Brasil, avançou muito positivamente em vários aspectos, entretanto, claramente, será necessário maior empenho do governo federal, dos estados e municípios em:

• Avançar na discussão sobre o processo de descentralização/regionalização;

• Garantir maior autonomia aos gestores e unidades de saúde da família;

• Rediscutir o financiamento da atenção primária e o incremento e a autonomia de utilização de recursos financeiros em âmbito local;

• Avançar nas discussões sobre os recursos humanos em saúde, com estratégias para formação e qualificação, estimular a atração e a fixação de profissionais – já que a APS ainda apresenta alta rotatividade de profissionais;

• Investir na formação de agentes comunitários de saúde, que, em muitas ocasiões, são subaproveitados. Em certas localidades, poderiam trazer ganhos à saúde da população, se bem treinados;

• Implementação da governança local e fortalecimento dos conselhos gestores.

Conclusão

Este artigo possibilitou discutir alguns aspectos importantes sobre sistemas de avaliação e contratualização profissional no âmbito da atenção primária, com suas trajetórias, tendências, fragilidades, limitações, avanços alcançados. Contudo, é de se mencionar a necessidade de investimentos e estudos nessa área diante da extrema importância que os processos avaliativos propiciam para a melhoria da qualidade dos sistemas de saúde.

A análise de uma experiência aponta que enfrentar mudanças é necessário, diante de um processo de globalização, de oscilações dos planos econômico e político e das transições demográfica e epidemiológica por que, constantemente, passamos ao longo dos anos. Avaliar as iniciativas tomadas sobre as reformas pode auxiliar a enfrentar as transformações, sempre em busca da melhor resposta para o que a população necessita. ■

Referências

BRANCO, A. G.; RAMOS, V. Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, v. 2, p. 5-12, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica e a Saúde da Família*. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab>. Acesso em: 01 out. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria n.º 1654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB. Brasília. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,* Brasília, DF, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica:* Brasil Competência: Junho de 2012 a Julho de 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 09 ago. 2012.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477-506, jun. 2012.

ESCOVAL, A.; RIBEIRO, R. S.; MATOS, T. T. A contratualização em cuidados de saúde primários: o contexto internacional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, v. 9, p. 41-57, 2010.

GIRARDI, S. N. et al. Pesquisa nacional de Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família. *Relatório de Pesquisa – Universidade Federal de Minas Gerais*, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Belo Horizonte, 2009.

KALINICHENKO, O. et al. *Performance assessment in Primary Health Care:* a System Literature Review. Portugal. University of Algarve- faculty of Economics and CEFAGE-UE. 2013, 17 p.

LAPÃO, L. V.; DUSSAULT, G. From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal. *The International journal of health planning and management*, v. 27, n. 4, p. 295-307, 2012.

LIMA, L. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

MACINKO, J. et al. Going to scale with community--based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. *Social science & medicine*, London, v. 65, n. 10, p. 2070-2080, nov. 2007.

MENDONÇA, C. S. *Uso das Internações por condições sensíveis à Atenção Primária: O caso de Belo Horizonte/MG.* Dissertação (Mestrado Profissional em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MIGUEL, L. S.; SÁ, A. B. *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016*: reforçar, expandir-Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa: Ministério, 2010.

NEY, M. S; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1293-1311, 2012.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DE SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS). *Evolução do Sistema de saúde Português* (internet). Rede de investigadores do OPSS. p. 4, 2003. Disponível em: <www.observaport.org>. Acesso em: 01 fev. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório Mundial da Saúde 2006*: Trabalhando juntos pela saúde, 2006.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.

PISCO, L. A reforma dos cuidados de saúde primários. *Cadernos de Economia*, Chapecó, v. 20, n. 80, p. 60-66, 2007.

_____. Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autônomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2841-52, 2011.

PORTUGAL. Governo da República Portugues. *Revisão histórica do Serviço Nacional de Saúde de Portugal* [internet]. 2012a. Disponível em: <http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-saude/quero-saber-mais/quero-aprender/historia-sns.aspx>. Acesso em: 16 nov. 2012.

_____. Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril. Regula os critérios e condições para atribuição de incentivos institucionais e financeiros às Unidades de Saúde Familiar e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, efectividade e qualidade dos cuidados prestados. *Diário da República,* Lisboa, 1ª Série, n.77, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Alto Comissariado de Saúde. *Plano nacional de Saúde 2011-2016*. Levantamento de determinações e recomendações da Organização Mundial de Saúde, 2010a. Disponível em: <www.acs.min-saude.pt>. Acesso em: 25 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde (DCARS). *Cuidados de Saúde primários. Metodologia de Contratualização*. p. 38, dez., 2010b. Disponível em: <www.acss.min-saude.pt>. Acesso em: 05 jun. 11.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde (DCARS). *Cuidados de Saúde primários. Metodologia de Contratualização*. p. 20, mar.2012. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14_Mar_2012_MetodologiaContratualizaoCSP_2012.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Decreto-lei no 117/98, de 5 de Maio, *Regime Remuneratório Experimental dos Médicos da Carreira de Clínica Geral*. Diário da República , 1.ª serie A, Nº 103, de 05.05., p. 1991, 1998. Disponível em: <http://dre.tretas.org/dre/92514/>. Acesso em 21 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Cuidados de Saúde Primários. *Guião de apoio à preparação de candidaturas a Unidades de Saúde Familiar (USF) – Modelo A*., p. 19, 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Minuta de Contrato-Programa ARS-ACES*. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Minuta_CP_ACES_2010.pdf >. Acesso em: 01 abr. 2012.

_____. Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Decreto – Lei n.º 28/ 2008, de 28 de fevereiro de 2008. *Diário da República*, 28 fev, 2008b. Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2008/02/03800/0118201189.PDF >. Acesso em: 01 abr. 2012

_____. Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de outubro de 2005. Institui a criação de uma estrutura de missão para a reforma dos cuidados de saúde primários. *Diário da República,* v.157, 2005. Disponível em: <www.mcsp.min-saude.pt/>. Acesso em: 01 abr. 2012.

SOUSA, P. A. F. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, Lisboa, v. 22, n. especial, p. 884-94, 2009.

VAN LERBERGHE, W. *The world health report 2008*: primary health care: now more than ever. World Health Organization, 2008.

VIANA, A.L, DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. *Physis - Revista de Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VICTORA, C. G et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *Lancet*, Londres, supl. Saúde no Brasil, v. 377, n. 9782, p. 90-102, 2011.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em outubro de 2014
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real

The work of the dental surgeon in Primary Health Care: between the prescribed and the real

Wagner Gomes Reis[1], Magda Duarte dos Anjos Scherer[2], Daniela Lemos Carcereri[3]

RESUMO No cenário mundial, o Cirurgião-Dentista atua, sobretudo, no setor privado. No Brasil, esta realidade começa a mudar com a inclusão desse profissional na Estratégia Saúde da Família (ESF). Este estudo de caso realizado no Centro-Oeste do Brasil busca compreender o trabalho do dentista nesse contexto, através de análise documental, observação do trabalho e entrevistas. Da análise temática de conteúdo emergiram duas categorias: condições para o trabalho na ESF e modo de trabalho na ESF. A influência histórica do modelo de atenção individual, o contexto adverso do trabalho, as concepções de ESF dos profissionais e a autonomia que lhes é conferida restringem sua atuação.

PALAVRAS-CHAVE Saúde bucal; Atenção Primária à Saúde; Odontólogos.

ABSTRACT *On the world scene, the dental surgeon acts, mostly, in the private sector. In Brazil this reality begins to change with the inclusion of this professional in the Family Health Strategy* (ESF). *This case study performed in the central-western of Brazil seeks to comprehend the dentist's work within this context, through documental analysis, observation of work and interviews. From the thematic overview of content emerged two categories: the working conditions and the way of working at the* ESF. *The historical influence of the individual care model, the adverse context of work, the conceptions that professionals have about* ESF *and the autonomy which is granted to them constrain their performance.*

KEYWORDS *Oral health; Primary Health Care; Dentists.*

[1] Secretaria de Saúde do Distrito Federal – Brasília (DF), Brasil.
wgreis@globo.com

[2] Universidade de Brasília (UnB), Departamento de Saúde Coletiva – Brasília (DF), Brasil.
magscherer@hotmail.com

[3] Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Odontologia – Florianópolis (SC), Brasil.
daniela_carcereri@hotmail.com

 DOI: 10.1590/0103-110420151040608

Introdução

O modelo brasileiro de atenção à saúde caracteriza-se pela conjugação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. Sua principal porta de entrada é a Atenção Primária à Saúde (APS), que deve ser a ordenadora da rede de atenção, preferencialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF vem demonstrando potência para reorganizar a prática na APS. Constitui-se em inovação tecnológica na gestão e na organização do trabalho, e reúne diretrizes de vanguarda (MATTOS *ET AL.*, 2014). É operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), responsáveis pelo acompanhamento de número definido de famílias localizadas em área geográfica delimitada.

No cenário mundial, o Cirurgião-Dentista (CD) atua predominantemente no setor privado. No Brasil, a inserção desse profissional no serviço público foi reforçada desde o ano 2000, com as chamadas Equipes de Saúde Bucal (EqSB) na ESF (BRASIL, 2011). Essa estratégia, associada às novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação na área de saúde, às diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) contribuem para o deslocamento do campo técnico da odontologia para o campo da Saúde Bucal Coletiva (SBC) (BOTAZZO; CHAVES, 2013).

A literatura registra diversos estudos que analisam a atenção à saúde bucal na ESF (PAIM; SOARES, 2011; PEREIRA *ET AL.*, 2012). Todos destacam seu caráter inovador e registram as dificuldades e os avanços obtidos, entretanto, nenhum buscou compreender mais especificamente o trabalho do CD na ESF: Como o CD desenvolve seu trabalho? De que maneira enfrenta as inúmeras prescrições surgidas no processo de mudança ainda recente do modelo assistencial?

Para atuar na ESF o CD precisa desenvolver competências para além do seu 'núcleo do saber', saindo do isolamento da prática restrita ao consultório e ao equipamento odontológico, assumindo um novo papel na equipe e nas ações de promoção à saúde. E isto se constitui em um desafio, na medida em que se faz necessário integrar a prática dos profissionais diante de um cenário marcado pela maneira fragmentada com que cada especialidade ou subespecialidade cuida de apenas uma parte da atividade (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Toda atividade profissional apresenta um aspecto que envolve sua prescrição, ou seja, um conjunto de antecipações e outro que se vincula à realização da atividade concreta de trabalho. São três as dimensões, chamadas por Schwartz (1998A) de ingredientes da competência, que buscam predefinir a atividade de trabalho: a heterodeterminação, com as prescrições e os recursos tecnológicos disponíveis para a atividade; as experiências apreendidas no trabalho, que, formando um conjunto de valores científicos e culturais do coletivo, guiam e influenciam na atividade; e a dimensão dos valores.

A formação acadêmica, as políticas públicas e as atribuições profissionais constituem as principais normas antecedentes do CD, que antecipam a atividade antes de começar a agir. E o agir é um entrecruzamento de normas antecedentes e de tentativas de renormalização, na relação com o meio de vida, onde ocorre um debate permanente de valores que resultam em escolhas feitas por indivíduos e grupos, dada a insuficiência das prescrições para tornar o trabalho eficaz. "As renormalizações são as múltiplas gestões de variabilidades, a transgressão de normas, assim como a construção de redes e de comunicação que o trabalho requer" (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013, P. 3205).

Como normas antecedentes para o trabalho na APS destacam-se ainda as ordens da hierarquia institucional, os procedimentos, as normas técnicas, as diretrizes (BRASIL, 2008,

2011) e os objetivos transmitidos aos trabalhadores relativos aos prazos e à produtividade.

Considera-se que a atividade profissional exige a presença de normas, que devem ser identificadas e analisadas para se compreender um trabalho, mas que também é fundamental 'enxergar' a dinâmica das renormalizações e da singularidade da prática do trabalho profissional, nem sempre visíveis.

Mesmo quando os profissionais buscam colocar em prática os protocolos, sempre há um encontro de diferentes vontades, sujeitos e necessidades, onde diferentes negociações de eficácia são realizadas (RAMMINGER; BRITO, 2011). Isso vai determinar, por exemplo, se um CD fará uma palestra de orientação de higiene oral a um grupo de usuários ou se, além disso, irá dialogar com cada um deles sobre a técnica de escovação, ou, ainda, se irá pegar na mão e na escova de um deles, ensinando a todos sobre a maneira correta de realizar os movimentos. Isso denota a complexidade da atividade do trabalho em saúde. Somam-se a isso os constrangimentos do meio, que podem alterar ou impedir a realização de atividades.

O trabalho na ESF fomenta mudanças na atuação do CD pela chamada 'intercessão partilhada', ou seja, a relação existente não só entre o profissional e o paciente, mas o envolvimento de um contexto amplo, que vai desde o serviço até a família e a comunidade. Atitudes como o vínculo e o acolhimento tomam uma dimensão maior na ESF (SANTOS *ET AL.*, 2008) e vão exigir o desenvolvimento de novas competências.

Para que o trabalho de saúde bucal na ESF integre toda a equipe de profissionais, buscando o conhecimento integral e a construção coletiva das intervenções, e não apenas articulações pontuais e encaminhamentos internos, é essencial que todos compreendam, em toda a sua complexidade, o processo saúde-doença, e ampliem a intervenção sobre determinado problema, outrora reservado à atividade do CD (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

Nesse sentido, a gerência dos serviços precisa superar a influência do modelo taylorista de administração, que regula o trabalhador apenas na conduta do prescrito por ela, e que, com isso, limita as renormalizações necessárias para a produção de eficácia no trabalho. O fato de o trabalho real diferir do prescrito constitui um dos elementos essenciais para a compreensão de como o trabalho se desenvolve na realidade.

Após mais de dez anos da inserção da saúde bucal na ESF, ainda são poucos os estudos que abordam o trabalho do CD nesse contexto (BOTAZZO; CHAVES, 2013). No Brasil, o Distrito Federal (DF) foi um dos pioneiros na inclusão de EqSB no Programa Saúde da Família (PSF) (ZANETTI, 2001), sendo, pelo seu histórico, cenário propício. Estudos desta natureza podem contribuir para reorientar prescrições e a gestão do trabalho. Este artigo tem como objetivo compreender o processo de trabalho do CD na ESF, tendo como referência a ergologia e as prescrições para a APS.

Percurso metodológico

Trata-se de estudo de caso (YIN, 2005), com abordagem qualitativa e triangulação na coleta e na análise de dados (MINAYO, 2004). A unidade de análise é o trabalho do CD. Os seis CDs participantes, vinculados a três UBS de três regionais de saúde, foram incluídos a partir de indicação dos gestores, obedecendo a critérios qualitativos: serem CDs integrantes de equipes completas e afinadas com as prescrições da ESF; e serem CDs com reconhecida identidade e atuação conforme princípios e diretrizes da ESF. Eram mulheres com idades entre 30 e 55 anos, que trabalhavam na APS por um período que variou entre 1 e 13 anos, sendo de 1 a 7 anos na ESF. Destas, quatro tinham atualização ou especialização em saúde da família ou saúde coletiva.

Os dados foram coletados no período de fevereiro de 2012 a março de 2013, através de análise documental, observação das

situações de trabalho dos CDs e entrevistas semiestruturadas.

Foram analisados registros diários de atividades, relatórios, atas de reunião e planos de ação elaborados pela equipe da ESF e pelos CDs. As observações em turnos de quatro horas totalizaram de 12 a 16 horas por UBS. Buscou-se identificar as atividades desenvolvidas pelos profissionais, como são realizadas e o que interfere na sua implementação, a inserção do CD na equipe, a relação com os usuários e as condições de trabalho. A coleta foi guiada por roteiro baseado nas prescrições para o trabalho da PNAB e do referencial da ergologia, considerando que a atividade de trabalho é como as pessoas se engajam na gestão dos objetivos do trabalho, servindo-se dos meios disponíveis ou inventando outros para fazer frente às variabilidades e produzir sentido no trabalho. Tal processo é sempre o resultado de um debate de normas e valores em um confronto com o que o meio oferece e com a capacidade do profissional de agir (SCHWARTZ, 1998B).

Os dados da observação e da análise documental geraram roteiro para as entrevistas semiestruturadas e foram tratados pela análise temática de conteúdo (MINAYO, 2004), que inclui a leitura das evidências produzidas, a codificação das unidades de significado e a elaboração das categorias temáticas. Desse processo emergiram duas categorias temáticas: condições para o trabalho na ESF e o modo de trabalhar na ESF. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do DF, sob o nº 240/2012.

Resultados e discussão

Condições para o trabalho na ESF

As informações colhidas evidenciaram limitações na disponibilidade de insumos e instrumentos, na infraestrutura das instalações e também na gestão e organização do trabalho.

Houve consenso sobre a falta de treinamento e preparo para o trabalho na APS. Os profissionais, identificados apenas pelas iniciais de seus nomes, relataram os desafios enfrentados no processo de busca pelos conhecimentos: *"[...] fui falando com os colegas, eles foram me explicando mais ou menos como funcionava. Eu não tive treinamento algum, nem apresentada formalmente eu fui. Tive que ir buscando as coisas"* (ADB). *"Nenhum, fui jogada!"* (ELB). *"[...] eu não tive nenhuma formação, nenhuma orientação. Simplesmente, nós fomos colocados nesse local e nos entregaram o Caderno 17, e falaram: 'Bom, aqui é para ser executada a Atenção Básica'"* (MLC).

A falta do domínio das normas antecedentes, considerado por Schwartz (1998A) como o primeiro ingrediente da competência, neste caso, de como operar a saúde bucal na ESF, confere limites à atuação do CD, que vai adquirindo esses saberes aos poucos, na medida em que, por si só, vai se apropriando da natureza do serviço. Por outro lado, à medida que o profissional vai buscar, por conta própria e ao longo do tempo, o conhecimento pertinente ao seu trabalho, incorporando pouco a pouco histórico e saberes, através da experiência que constrói, ele está desenvolvendo o segundo ingrediente da competência, que trata da dimensão experimental do trabalho.

Estudos demonstram que o trabalho realizado nunca corresponde exatamente àquele fixado pelas regras ou mesmo por objetivos predeterminados. Assim, mesmo em situações em que as regras são socializadas, a variabilidade no momento da execução da tarefa é enorme e até mesmo imprevisível. O trabalho apresenta-se sempre revestido de complexidade e, por envolver a atividade humana, nunca se resume à prescrição, ao contrário da lógica taylorista, que defende que seguir as normas e protocolos seria suficiente.

Embora a análise documental tenha evidenciado a existência de referenciais formais a serem seguidos, quanto ao planejamento e à estruturação do trabalho, a prática revelou autonomia dos CDs para gestão:

[...] eu crio a minha rotina. A gente precisa atender determinadas faixas etárias, tem uma porcentagem que a gente tem que atender. Mas não é especificado quantas vezes a gente tem que fazer a palestra, com quem a gente faz. Então a gente cria essa rotina. (ADA).

"Aqui, se você quiser, você consegue realizar um bom trabalho" (ELB).

Essa liberdade que o CD desfruta em seu trabalho no DF, por um lado, favorece o poder criativo do profissional, diante das exigências das situações reais do trabalho. Por outro lado, o estudo sugere que o movimento de inovar no trabalho está diretamente relacionado ao 'querer fazer', ou seja, ao comprometimento do profissional com a finalidade de seu trabalho, bem como ao 'poder agir', ingredientes da competência que resultam do debate de valores e das escolhas dos profissionais, bem como da capacidade de enfrentar os constrangimentos do meio. Neste sentido, para que o trabalho do CD seja resolutivo, é preciso haver sempre combinações de graus de autonomia com responsabilidade no desenvolvimento de suas ações.

A falta de diálogo do gestor com as Equipes de Saúde Bucal, antes do início das atividades, e a falta de capacitação e perfil para o trabalho, aliadas à autonomia existente, podem gerar diferenças no que se refere às atividades desenvolvidas, como pode ser verificado pelos seguintes relatos:

Mas uma coisa a gente prioriza: é a parte do trabalho educativo e preventivo [...]. Então, quando a gente vai iniciar o tratamento de um paciente, ele só inicia o atendimento na cadeira após passar por uma palestra educativa e preventiva, com ilustração de vídeos. (MLC).

"Noventa por cento curativa [...]" (SUB).

A pesquisa levanta a questão-chave de que, em tese, todos estão em condições de trabalhar à luz do modelo, porém, as dificuldades encontradas informam uma dura realidade.

Condição de trabalho 'ideal' exige investimento dos gestores junto aos trabalhadores, no sentido de qualificá-los para o desafio da ESF. Além disso, é necessário proporcionar estabilidade e segurança funcional para que desempenhem suas atividades com motivação, compromisso e tranquilidade. Este é um dos pontos fortes da realidade estudada, pois todos os CDs do DF estão inseridos no regime estatutário e gozam de um plano de carreira específico. Tal fato pode também contribuir para o exercício pleno da liberdade que lhes é conferida para a gestão do próprio trabalho.

O modo de trabalho na ESF

O modo de trabalho é influenciado pelo interesse e pela afinidade do profissional com o seu trabalho. Houve um consenso de que a filosofia de trabalho da ESF seria importante para os usuários e para a sociedade, porém as entrevistas denotaram contrastes, tais como:

Eu gosto de lidar com comunidades, acho que atender uma família fica mais fácil de abordar. Gosto de trabalhar em equipe, ter outros profissionais junto (ADA). *Eu sempre me identifiquei com esse tipo de trabalho. Eu observava que os atendimentos que não fazem parte do Programa Saúde da Família eram aquela coisa meio que olhando só o problema, a doença, não davam foco à pessoa [...].* (MLC).

E, por outro lado: *"Foi uma razão pessoal, eu precisava das 40 horas. E, na época, a gerente disse que a única maneira de eu conseguir seria vindo para cá, porque ninguém queria vir"* (ELB). *"Com nada, eu não me identifico com nada. Nem com o trabalho e nem com o grupo"* (SUB).

Os relatos acima mostram uma dicotomia de perfis para o trabalho na ESF. A intercessão partilhada (SANTOS *ET AL.*, 2008) exigida na ESF fica comprometida em decorrência da

dificuldade do trabalhador de se identificar com essa nova proposta, na qual o relacionamento profissional com o usuário assume novas dimensões (MERHY; FRANCO, 2003).

Essa diferença de prazeres na prática profissional interfere na maneira com que os profissionais lidam com os protocolos e também com as renormalizações produzidas diariamente no trabalho. Essas renormalizações podem ser, por exemplo, construídas com o intuito de melhorar o resultado final da atividade, mas também para reduzir ou desconstruir determinada tarefa.

A satisfação pessoal, o gosto por trabalhar com comunidades e em equipe, o foco na saúde e não na doença são observáveis na maioria dos relatos e, de maneira geral, não ficou evidenciado, nas observações e nas entrevistas, que os profissionais exerceram seus trabalhos em condições de insatisfação.

Observou-se uma predominância de atividades curativas e preventivas individuais, em detrimento de ações de promoção de saúde coletivas. Em ocorrência menor, foram realizadas ações de promoção à saúde com grupos previamente selecionados para o atendimento clínico, tais como orientações sobre higiene bucal e escovação supervisionada, com distribuição de escovas de dente e creme dental; e orientações sobre o funcionamento do serviço de odontologia e também sobre a programação do tratamento, sendo que o trabalho era desenvolvido preferencialmente no contexto da UBS. A pesquisa revela a hegemonia do modelo de atenção centrado no fazer odontológico. Botazzo e Chaves (2013), ao discutirem os antecedentes e o estado da arte da SBC, no Brasil, registram que os limites das suas práticas fazem parte de um processo histórico em superação.

O modo como se trabalha está ligado também a uma visão de mundo, seja ela particular ou partilhada por um coletivo:

> *Na minha opinião, sair do centro de saúde para ir 'na' casa de uma pessoa, que, muitas vezes, não tem uma boa iluminação... A pessoa, às vezes, nem está querendo te receber naquela hora... Eu considero que tirar o profissional do centro de saúde, que poderia estar fazendo vários atendimentos... Ele está andando, às vezes, em áreas perigosas, [...] inclusive, eu acho que isso leva as pessoas a ficarem muito acomodadas.* (ADB).

> *Uma das coisas que dificultam o nosso trabalho é a questão cultural da localidade, porque as pessoas não ouvem muito a parte preventiva, [...] eles só querem saber do curativo. E quando é palestra, eles falam: 'Aí, mas que saco, eu tenho que fazer isso!'.* (ELB).

Há, nitidamente, um conflito entre o protocolo da ESF e aquilo que os CDs valorizam e julgam viável e pertinente que seja feito. Os depoimentos revelam medo da violência, maior valorização do trabalho dentro da UBS e pouco vínculo com os usuários dos serviços. Sendo assim, o profissional contorna ou modifica as prescrições, mantendo-se no modelo tradicional de atenção à demanda espontânea e de cuidado individual.

As renormalizações no trabalho se dão quando o profissional 'enxerga' a necessidade de alterar uma prescrição prévia em busca do seu objetivo de alcançar o resultado, orientado pelas escolhas que ele mesmo faz, em função de um debate de valores. As normas operatórias não são separadas das normas da individualidade. Nisso, ocorre a todo tempo o confronto entre as normas antecedentes e as tentativas de renormalizações pelo trabalhador (SCHWARTZ, 2011).

A lógica taylorista defende que seguir as normas e os protocolos seria suficiente para a realização do trabalho. Ao se deparar com a tarefa, o trabalhador se vê diante de imprevistos, muitas vezes impossíveis de se determinar e equacionar com precisão prévia.

Observou-se a preocupação do profissional com a necessidade de encontrar alternativas para o enfrentamento de problemas diários:

> *[...] a autoclave quebrou, a gente juntava os instrumentais; a TSB fazia um embrulho, colocava o nome e eu levava no centro de saúde para esterilizar. À tarde, no outro dia, passava lá, pegava e trazia [...] o exame é enviado para o centro de saúde, só que não vem para cá. Aí, o que acontece: eu tenho que ir buscar quase toda semana [...] as radiografias.* (ADA).

O estudo evidencia as renormalizações produzidas pelo CD em sua rotina de trabalho, visando agilizar e ser eficiente, realizando tarefas que seriam de responsabilidade da área administrativa. Nesse caso, a renormalização ocorreu para minimizar um dano e para que o trabalho pudesse ser concluído. O meio, sempre infiel (SCHWARTZ, 1998B), interfere no trabalho do profissional em proporções variadas, a cada dia, nunca sendo o mesmo.

O 'modo de trabalho' prescrito para o CD na ESF e na APS (BRASIL, 2008, 2011), se difere do trabalho curativo individualizado tradicional. As ações de atenção integral, extrapolando os limites da boca, bem como a participação no processo de territorialização e planejamento da atuação da equipe, são exemplos das ações nas quais o CD deve estar integrado, com os diferentes profissionais. A pesquisa demonstra que há, ainda, um longo percurso para a efetivação da saúde bucal no DF, segundo as diretrizes estabelecidas. "*A gente não se atém ao Caderno 17, mas todos nós já tivemos essa orientação, e acho que, no fundo, a gente segue um pouco, né?*" (ELB). "*[...] eu sigo muita coisa lá, que 'estão' no Caderno 17, mas eu tenho liberdade para outras coisas*" (ADB). "*Conheço. A gente tenta trabalhar 'em cima' do Caderno. Só que a gente tenta adequar à nossa realidade, porque não tem jeito de seguir exatamente como é*" (CLC).

Percebe-se que a execução dos protocolos (BRASIL, 2008; 2011) na prática de trabalho do CD sofre variações. Há a compreensão, pelos profissionais, de que esses protocolos não são suficientes para atender às necessidades reais do profissional, e de que, no momento da execução, cada um reinventa-o à sua maneira, com seus valores e sua história, preenchendo as lacunas da prescrição e, assim, atendendo às exigências do processo produtivo.

Destaca-se que o agir profissional é influenciado pelas características intrínsecas de cada ser humano, mas sempre em uma relação dialética com o meio. Sem essa compreensão, corremos o risco de reduzir os entraves à implementação e à integração da saúde bucal na ESF à culpabilização dos indivíduos e grupos, como se a capacidade deles de operar as diretrizes da APS não fizessem parte de um contexto macro (sistema de saúde), meso (nível da gestão) e micro (do cotidiano dos serviços).

A organização do modelo de saúde geral existente no lócus de desenvolvimento da ação, a UBS, prevalece como indutora da organização das ações de saúde bucal (BULGARELLI *ET AL.*, 2014), e, no caso do DF, novos estudos devem considerar a cobertura atual e a história de implantação da ESF ao se analisar o trabalho dos CDs.

Considerações finais

A pesquisa mostra que o contexto e o modo de trabalho dos CDs do DF dificultam que os profissionais exerçam os princípios da APS, tais como a coordenação do cuidado, a longitudinalidade e a integralidade, bem como a orientação familiar e comunitária.

Ter liberdade para introduzir mudanças necessárias à realidade de cada território é fundamental na lógica do modelo, mas é preciso que o processo de trabalho aconteça respeitando as necessidades de saúde da população.

Os achados da pesquisa indicam um grande caminho a percorrer pelo CD para se aproximar do que está prescrito pelas diretrizes nacionais. O CD ainda é um profissional solitário na UBS; mesmo na ESF, o processo de trabalho ainda permanece

centrado nele. Neste sentido, o trabalho em equipe não é fortalecido e restringe a efetividade das ações de promoção da saúde. A influência histórica do modelo de atenção individual, o contexto adverso do trabalho, as concepções de ESF dos profissionais e a autonomia que lhes é conferida restringem sua atuação como CD da ESF. ■

Referências

BOTAZZO, C.; CHAVES, S. C. L. Saúde Bucal Coletiva: Antecedentes e estado da arte. In: BOTAZZO, C. *Diálogos sobre a boca*. São Paulo: Hucitec; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[5046-041111-SES-MT].pdf>. Acesso em: 17 set. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde bucal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. (Cadernos de Atenção Básica; 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BULGARELI, J. et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Ciênc. saúde coletiva,* Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 383-391, 2014.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Diretoria de Gestão da Atenção Primária. Gerência de Monitoramento e Avaliação. *Relatório final de equipes e cobertura da ESF*. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2013.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl. 1, p. 1643-1652, 2010.

MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 373-378, 2014.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento:* pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

PAIM, J. S.; SOARES, C. L. M. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 966-974, 2011.

PEREIRA, C. R. S. et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 449-462, 2012.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. "Cada Caps é um Caps": Uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 23, n. esp., p. 150-160, 2011.

SANTOS, A. M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, 2008.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 19, n. 65, p. 101-139, 1998a.

SCHWARTZ, Y. *Reconnaissances du travail*: pour une approche ergologique. 2. ed. Paris: PUF; 1998b.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. supl. 1, p. 19-45, 2011.

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

ZANETTI, C. H. G. *O apoio do Ministério da Saúde para inclusão da saúde bucal*. 2011. Disponível em: <http://164.41.147.200/ecm/biblioteca/ZANETTI_2001_OPINIAO_psf&sb_ms.pdf> Acesso em: 11 mar. 2013.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em agosto de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência

Health Care Networks: the perception of physicians working in emergency services

Diana Pereira Lima[1], Maísa Tavares de Souza Leite[2], Antônio Prates Caldeira[3]

RESUMO Objetivou-se conhecer a percepção de médicos em serviços de urgência sobre as Redes de Atenção à Saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa, com referencial fenomenológico. O estudo foi realizado em três hospitais de uma capital brasileira. Os participantes foram médicos dos hospitais e plantonistas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). Destacaram-se as dimensões: particularidades do médico da urgência, (des)integração e constituição das redes, movimentos do paciente na rede assistencial e interposição no ato profissional. As percepções suscitam a necessidade de intervenções que alinhem conceitos inerentes à organização em redes da atenção à concepção vivida na prática.

PALAVRAS-CHAVE Sistemas de saúde; Pessoal de saúde; Serviços médicos de emergência; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT *It was aimed to know the perception of physicians in emergency departments on health care networks. This is a qualitative study, with phenomenological reference. The study was conducted in three hospitals of a Brazilian capital. Participants were doctors from the hospitals and physicians on duty of the Mobile Emergency Care Service* (Samu). *Stood out the dimensions: particularities of emergency physicians, (dis)integration and constitution of networks, movements of patients into the health care network and interposition in the professional act. The perceptions raise the need for interventions that align concepts inherent to the organization in health care networks to the conception experienced in practice.*

KEYWORDS *Health systems; Health personnel; Emergency medical services; Qualitative research.*

[1] Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. *dillim2004@yahoo.com.br*

[2] Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil. *maisa.leite@unimontes.br*

[3] Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – Montes Claros (MG), Brasil. *antonio.caldeira@unimontes.br*

DOI: 10.1590/0103-110420151040348

Introdução

A assistência à saúde, no Brasil, vem passando por importantes transformações desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, que criou as condições para instituir-se o Sistema Único de Saúde (SUS). A consolidação de um novo modelo assistencial se constrói paulatinamente no aspecto constitucional, relativo à conquista de direitos individuais e coletivos. Pela legitimidade dessa conquista, são válidas práticas destinadas a evitar, minorar e eliminar elementos considerados, por razões sociais ou técnicas, como problemas de saúde, com adoção de modelos de atenção e bons métodos de gestão (SILVA, 2009). O modelo de atenção à saúde, preconizado pelo SUS, tem ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF) e nos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa proposta destaca a atuação profissional com vínculo e responsabilização pelo usuário e deve desenvolver esforços para melhorar a coerência e a coordenação na prestação de serviços em Redes de Atenção à Saúde (RAS) (SALTMAN; RICO; BOERMA, 2010).

A noção de sistemas e serviços de saúde organizados em redes assistenciais tem sido bastante discutida. Redes são entendidas como estruturas nas quais um conjunto de pontos de intercessão está ligado por um conjunto de relacionamentos em processo dinâmico; implicam pessoas e organizações com autonomia e governança singular, interligadas por tecnologias de informação e comunicação. Assim, essas redes devem ser ativas e fundamentadas em relacionamentos (permuta de ações) entre unidades de prestação de serviços de saúde. A principal finalidade da logística de serviços em redes é dinamizar as instituições no enfrentamento da complexidade em ambientes organizacionais (MENDES, 2011; SILVA, 2011).

É fácil compreender que os serviços de APS sejam mais inteirados com base na ideia de organização em rede. Ainda assim, nem sempre os gestores de saúde têm propiciado as garantias e condições necessárias para assegurar a efetiva atuação na rede assistencial (GONÇALVES *ET AL.*, 2014). Devem-se considerar, ainda, as singularidades e peculiaridades de outros serviços de saúde, cuja produção entrelaça profissionais e usuários com distintas percepções sobre o modelo de atenção e a logística em redes. Cabe destacar que a saúde, como elemento fundamental para o debate sobre constituição e estruturação da atenção em redes, tem primazia no mundo da vida, e que os usuários do sistema, independentemente da complexidade de seus problemas, esperam uma resposta efetiva dos profissionais de saúde. Tal expectativa traz em si a ideia de um campo social onde se articulam forças em constante negociação (CECÍLIO, 2009).

É nesse contexto que se torna pertinente discutir a percepção do modelo e das redes assistenciais por diferentes atores. O trabalho em saúde é atividade que resulta da influência paradigmática da ciência sobre o processo saúde-doença. É um trabalho vivo em ato, isto é, produz um serviço e o consome no ato de sua produção. Essa particularidade caracteriza o ato em saúde como um produto a ser consumido, cujo valor de uso tem a finalidade perseguida pelo usuário (MERHY *ET AL.*, 2004). É no campo do trabalho que protagonistas da produção em saúde agem, segundo sua ótica e sua percepção, nas cenas que representam o modelo ideal de redes regionalizado e hierarquizado. Esse agir é, necessariamente, atravessado em inter-relações tensionadas, aparatos tecnológicos e um fazer imbuído de valores, crenças, hábitos e trajetórias de vida (MERHY *ET AL.*, 2004; FRANCO, 2006).

Nesse sentido, redes não se formam pelo simples ajuntamento de serviços ou organizações, e a concepção de redes tem influência sobre o fazer em saúde. As concepções profissionais, de certa forma, definem os sentidos das ações que podem modificar as fronteiras institucionais e as práticas da assistência. Nesse cenário, os médicos, pela participação intelectual ativa no ambiente organizacional em que se desenvolve o

processo de cuidado, desempenham um importante papel no processo de construção efetiva das redes assistenciais, aspecto que tem sido destacado em outros países (GIOVANELLA, 2014). Tal consideração trouxe à tona a necessidade de se conhecer o que pensam os médicos que estão em posição oposta àqueles da APS, em unidades de atendimento à urgência e emergência, onde a restauração do estado de saúde e/ou da própria vida é essencial. A pergunta que norteou este estudo foi: Como os médicos dos serviços de urgência percebem a RAS? Em muitas ocasiões, esses profissionais vivenciam as falhas de vários pontos da rede assistencial quando assistem pacientes vítimas de condições que poderiam ser evitadas a partir de intervenções adequadas e oportunas. Ademais, é também para outras instâncias que esses profissionais devem referenciar os pacientes assistidos e que necessitem de continuidade dos cuidados. Definindo-se a necessidade de conhecer mais profundamente a percepção dos profissionais que dão vida à rede em seus diversos pontos de atenção, o presente estudo buscou compreender a percepção de RAS segundo os médicos que atuam em serviços de urgência de uma capital brasileira.

Método

Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa, pautada no referencial fenomenológico e em análise na modalidade estrutura do fenômeno situado (POPE; MAYS, 2009; MARTINS; BICUDO, 2005). Entende-se que a pesquisa qualitativa produz, em ambiente natural – no qual o pesquisador participa de forma direta e prolongada –, resultados expressos em descrições de acordo com o fenômeno contextualizado (MARTINS; BICUDO, 2005). De forma mais direta, o uso da abordagem qualitativa (e do método fenomenológico) se destina a questões para as quais, antes de quantificar, é necessário desvelar a compreensão subjetiva das pessoas a respeito do fenômeno em estudo (POPE; MAYS, 2009; MARTINS; BICUDO, 2005; OLIVEIRA; LOPES; DINIZ, 2008). Assim, no contato direto com o que está sendo vivido, da forma mais natural e espontânea possível, buscou-se a percepção a respeito do que se está experienciando, uma vez que por meio da descrição da percepção se desvela o fenômeno (OLIVEIRA; LOPES; DINIZ, 2008). Significados complexos podem ser representados por palavras ou expressões isoladas, e, ao proceder à análise, postas em conjunto, são possíveis as operações combinatórias e transformativas da abstração (MARTINS; BICUDO, 2005; OLIVEIRA; LOPES; DINIZ, 2008).

A estrutura desta pesquisa foi desenvolvida fundamentando-se na interação entre ambiente e cena e empregando-se uma entrevista semiestruturada, caracterizada pela flexibilidade. Foi possível, assim, um contato entre entrevistador e entrevistado e a exploração, em profundidade, de aspectos considerados relevantes para o estudo (POPE; MAYS, 2009), sem preocupação ou menção às relações de poder inerentes às formas de organizar os serviços.

De modo geral, em estudo de natureza fenomenológica, a amostragem é intencional, a seleção dos participantes visa indivíduos dispostos a compartilhar suas experiências, pois o propósito é descrever e compreender um determinado fenômeno pela perspectiva daqueles que o vivenciam. Nessa expectativa, no presente estudo, foram definidos como critérios de inclusão: médicos, plantonistas em serviço de urgência, presentes no ambiente e envolvidos na cena do cuidar, dispostos a responder à entrevista. A interrupção da coleta de dados em cena, com captura da estrutura do fenômeno pelos depoimentos de quem o vive, deu-se pela repetição dos mesmos profissionais no ambiente e em cena. As entrevistas foram realizadas entre os meses de junho e agosto de 2011.

O ambiente da pesquisa foi a 'porta de entrada' de serviços de urgência hospitalar, em unidades de urgência de três hospitais públicos estaduais da capital mineira. Foram

envolvidos tanto os médicos plantonistas dessas unidades como aqueles que chegavam tripulando a ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). Nesse ambiente, a cena em que os médicos se envolviam era do movimento contínuo do paciente atendido previamente em outros serviços de saúde da rede, oriundo de seu domicílio, de via pública ou transportado em ambulância do Samu.

Considerando que, segundo Martins e Bicudo (2005), a entrevista fundamentada na metodologia fenomenológica capta os depoimentos mediante o vivido, os médicos foram abordados durante as atividades de trabalho. Vivendo a cena, o profissional comunica-se por meio de sua linguagem, assim como expressa seu pensar, sentir e agir. Cabe ressaltar que abordar o médico, no ambiente descrito e em cena, é mais que um simples convite à participação na coleta de dados; implica ato relacional e requer sintonia entre quem questiona e aquele que responde; pressupõe o estar junto com, numa relação de empatia. A aproximação entre pesquisador e pesquisado, isto é, o ato relacional, começa pelo estar presente no ambiente, em cena, no momento vivido na 'porta de entrada' do serviço de urgência.

Neste estudo, a análise dos depoimentos seguiu as etapas preconizadas por Martins e Bicudo (2005): análise idiográfica (individual) e análise nomotética (análise geral). O pesquisador assume uma disponibilidade para ouvir as descrições dos participantes, com escuta e leitura livre (flutuante). A escuta de um a um dos relatos possibilitou um processo pormenorizado de perceber, pelo suporte auditivo e por elementos de entonação e prosódia, o sentido do todo em cada depoimento. Definem-se, então, os elementos essenciais de cada relato, transcritos em expressões originárias da fala – unidade de significado (OLIVEIRA; LOPES; DINIZ, 2008). Essas unidades foram agrupadas, e novas reflexões buscaram uma compreensão em profundidade. Inclui-se nessa fase da análise o grau de frequência, convergências e divergências no conjunto de unidades de significado.

Os aspectos éticos foram respeitados na condução do trabalho, assegurando-se o sigilo e a confidencialidade. O profissional disposto a falar preencheu e assinou do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O protocolo da pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Parecer n.º 006B/2011) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Parecer n.º 006/2011).

Resultados e discussão

O desenvolvimento deste estudo possibilitou compreender significados de RAS em um conjunto de dimensões e temas. Estiveram em cena 49 médicos. Todos responderam ao questionário de caracterização profissional, e 14 responderam a todas as questões da entrevista, permitindo a exposição do fenômeno. Esse número foi decorrente da saturação observada na análise das entrevistas. Antes de apresentar a percepção apreendida a partir das falas dos médicos situados em serviço de urgência, é prudente apresentar as características desses profissionais. Ao estabelecer as particularidades do profissional, também se apresentam considerações sobre o processo de formação médica e habilitação profissional, aspectos que, seguramente, interferem nas percepções pesquisadas.

Particularidades dos médicos na rede de urgência

As peculiares dos profissionais entrevistados permitem identificar indivíduos graduados há mais de 48 meses, a maioria com experiência em serviços de urgência de 36 meses ou mais, referindo formação em mais de uma especialidade. As principais especialidades citadas incluíam, em ordem de frequência, cirurgia geral, pediatria, clínica

geral, cirurgia vascular, cirurgia pediátrica e terapia intensiva. Notadamente, não se identificou entre os médicos participantes a formação especializada na área de medicina de urgência, ainda recente no País.

Os médicos entrevistados relataram participação em cursos de capacitação nos últimos seis meses e nomearam, principalmente, os temas: *ATLS* (*Advanced Life Trauma Support*) e *ACLS* (*Advanced Cardiac Life Support*). Em síntese, os participantes desta pesquisa mostraram interesse em investir em sua qualificação técnica para o atendimento em serviços de urgência. Todavia, observou-se que, entre os assuntos declarados como conteúdo de capacitação, não houve registro de temas relacionados a modelos de atenção, redes assistenciais ou gestão do cuidado em rede.

Na área de medicina de urgência, a sistematização da informação para a habilitação dos profissionais que atuam em serviços de urgência tem se baseado no padrão anglo-americano e franco-germânico. Corrobora a escolha desse modelo de capacitação a inexistência, entre as residências da área da medicina, de um programa de formação em urgência (NOGUEIRA, 2009). Ressalta-se que o fato da não participação em programas de capacitação com temáticas que envolvem redes de atenção ou gestão de serviços, além da formação orientada por especialidades, pode limitar suas habilidades em lidar com as dimensões organizacionais do sistema de atenção à saúde em redes.

Deve-se registrar que, no Brasil, muitas escolas médicas ainda desenvolvem currículos que fragmentam o conhecimento, estimulando a especialização profissional (ALMEIDA FILHO, 2010). Esse processo tende a afastar o estudante de medicina do contexto de integração de cuidados e sistematização de RAS. Iniciativas para mudanças no ensino da medicina são reportadas por outros autores em pesquisa que analisa a construção de Projeto Pedagógico no modelo tradicional, inovador e avançado (ABDALLA *ET AL.*, 2009). O estudo conclui que as transformações ocorridas são mais evidenciadas nas concepções do que na prática. Nogueira (2009) afirma que a reorientação efetiva da educação médica, com mudanças profundas de concepções de saúde, práticas clínicas e de relações de poder, implica um novo estilo de pensamento com desenvolvimento de habilidades e competências orientadas na realidade organizacional, seja na academia ou no serviço.

Tais observações destacam a necessidade de estruturação de redes na atenção às urgências e, mais amplamente, no sistema de saúde, com estabelecimento de uma institucionalidade, ou seja, com relações vinculadas entre as normativas prescritas de organização em redes e a formação médica. Adicionalmente, os achados convocam para uma discussão sobre a inclusão do médico na atenção às urgências, com definição explícita de regras e acordos acerca da carreira profissional do especialista em medicina de urgência (PAZIN FILHO; SCARPELINI, 2010). A proposição de formação do especialista em medicina de urgência, nesse sentido, deve incluir a temática das redes de atenção, de modo a facilitar a estruturação das ações em rede.

A partir da análise das entrevistas, foram definidas as seguintes dimensões: (a) (Des) integração e constituição na assistência em rede; (b) O movimento do paciente na rede assistencial; e (c) Interposição no ato profissional. A seguir, cada uma dessas dimensões será abordada, conciliando o debate de conteúdos implícitos em cada uma com a literatura específica.

(Des)integração e constituição na assistência em rede

O primeiro aspecto apontado pelos entrevistados destaca a (des)integração da rede:

> *[...] vejo a rede de atenção como uma rede fragmentada. Ela tem diversos pontos em que a pactuação é falha. Ela caminha até certos pontos e, dali pra frente, não tem evolução... daí eu*

considerar que a rede é fragmentada (MD6). *[...] o problema é a articulação entre esses setores, que não tem muito, não. A gente não vê referência e contrarreferência. Na verdade, a gente vê que (a assistência) é muito individualizada. Então, não funciona como rede, não funciona como deveria* (MD8).

O sentido da fragmentação mencionada pelos médicos deve ser analisado à luz do sentido da palavra 'integração', que traz consigo a noção de tornar inteiro, completo, e ainda tem referência com palavras como conexão, coerência e relação. Integração, utilizada na área da saúde, especialmente referindo-se às redes assistenciais, significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais. Tem como elemento fundamental a governança exercida pelo Estado. Governança, nesse contexto, é entendida como padrão de articulação e cooperação pactuado entre atores sociais e políticos e inclui, ainda, os arranjos institucionais que coordenam e regulam a troca de bens de cuidado. Baseada nessa concepção, a governança do sistema de saúde desempenha um papel fundamental na sustentabilidade da integração quando se refere às redes de atenção. A gestão deve assumir a necessidade de integralidade do cuidado, pressupondo que os níveis de atenção só poderão dar conta das necessidades ampliadas de saúde da população se funcionarem em redes (SALTMAN; RICO; BOERMA, 2010; MENDES, 2011). A percepção dos médicos registra uma rede que não funciona como tal e produz uma assistência desconexa.

Compreende-se que, na concepção dos médicos, há relação entre governança e integração no ambiente em redes, com interdependência entre os serviços e entre profissionais.

[...] Eu percebo é que, hoje, a atenção à urgência necessita de integração. Percebo que precisa haver uma fusão do estado com o município e participação federal também, para conseguir dissolver essa grande demanda (MD3). *[...] A gente (médicos da urgência) não tem esse contato, não tem esse histórico das pessoas, porque não tem o contato com a atenção primária [...]* (MD8).

Integração e governança direcionam a integralidade do cuidado e, no ambiente em redes, constituem-se de acordo com disponibilidade e uso de tecnologias e sistema logístico eficaz entre os pontos de atenção à saúde. Cabe salientar que, entre os sistemas logísticos das RAS, além da referência e da contrarreferência, destacadas pelos profissionais, estão os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários, as centrais de regulação, os sistemas de registro eletrônico em saúde e de transporte sanitário (MENDES, 2011).

Evidencia-se que a percepção de redes tem relação com alianças estratégicas, troca de informações entre os profissionais e entre as instituições, requisitos que legitimam o ambiente em rede como ambiente de cuidado. Conjetura-se, pela concepção de redes desvelada neste estudo, que a rede assistencial é percebida como fragmentada, com repercussões sobre o paciente: *"[...]o paciente fica pouco assistido. Ficamos sem recurso maior para levá-lo para outro local"* (MD13). *"[...] porque não tem como resolver essa demanda de Atenção Básica aqui na urgência. Você sente que não vai resolver, sente que aquilo não vai se resolver. O paciente vai ficar perdido"* (MD10).

Para os médicos dos serviços de urgência, compreende-se a constituição da assistência em redes dependente dos meios diagnósticos complementares, de consultas com especialistas para a suposta cura ou resolução do problema de saúde. Nesse sentido, os profissionais destacam sobre os pontos de urgência:

[...] A gente sente que... nós temos mais recursos. Assim, quando a gente precisa de uma transferência, de um exame mais sofisticado, a medicação... isso aí sempre tenho encontrado...

A gente sente essa facilidade (MD2). *[...] o médico aqui pode usar qualquer recurso: exame clínico, físico, laboratorial, propedêutica de alto custo* (M14).

Na atenção prestada em serviços de urgência impera a lógica da assistência por especialidades médicas no atendimento de usuários vítimas de trauma, pessoas com sintomas agudos ou com doenças crônicas agudizadas não transmissíveis (PAZIN FILHO; SCARPELINI, 2010; MALTA; MERHY, 2010). Esse formato de atenção utiliza como insumo os recursos centrados em exames, medicamentos, interconsulta com especialista e internação hospitalar, com o intuito de fazer surgir a objetividade da doença, pois sem lesão objetiva não há diagnóstico (MALTA; MERHY, 2010).

O médico, ao externar sua concepção de redes, ressalta o serviço de urgência como ambiente que oferta vários recursos: exame clínico, laboratorial e de alto custo, possibilitando uma assistência mais completa. Na perspectiva desse profissional, a assistência constituída em redes significa praticar o ato profissional conforme sua formação, acreditando que referir o paciente ao especialista, prescrever medicamentos, utilizar um conjunto de técnicas para a elaboração de um diagnóstico sejam as melhores opções para assistir. Nessa perspectiva, incompletas são as redes que, em sua oferta de ações, não dispõem desses recursos de imediato.

Na prática médica ainda impera o conceito de que cada especialidade detém o conhecimento de manejo de condições clínicas que lhe são peculiares no atendimento de urgências (PAZIN FILHO; SCARPELINI, 2010). Nogueira (2009) afirma que a formação médica ainda se encontra estruturada a partir de um modelo tecnocientífico, portanto, requisita um processo de cuidado com disponibilidade de especialistas e de serviços com maior concentração de densidade tecnológica, como exames complementares e procedimentos invasivos.

Cabe considerar que a formação médica, até recentemente, desenvolveu-se em um sistema de saúde que operava para tratar problemas agudos (doenças infecciosas, traumas) e necessidades prementes de pacientes. Nesse modelo, as ações são de natureza mais imediata, voltadas para a minimização dos sintomas (queixa-conduta) (MENDES, 2011).

Mendes (2011) traz a tipologia da atenção às condições agudas e de atenção às condições crônicas, caracterizando os dois tipos e debatendo o tema segundo as novas necessidades da população, que vivencia um novo perfil nosológico. Para esse autor, a organização de sistemas de saúde, com constituição da assistência em redes, só pode ser alcançada quando houver a mudança no estilo de atendimento, ou seja, de atendimento a agudos para o atendimento de crônicos com retornos ampliados, além de tempo de resposta.

Compreende-se, a partir das inferências realizadas, que tanto usuários quanto profissionais serão beneficiados com mudanças na formação médica e com sistemas de saúde constituídos com modelos de atendimento cujas respostas sejam mais ampliadas. Considera-se, ainda, relevante o empoderamento dos atores sociais envolvidos, sem desprestígio para as possibilidades e limitações implícitas no processo do cuidar.

O movimento do paciente na rede assistencial

A percepção dos médicos destaca o movimento do paciente entre diferentes pontos de assistência e a responsabilidade dos diferentes níveis assistenciais: *"[...] os pacientes não sabem que têm que ir primeiro no posto de saúde pra depois vir no serviço de urgência"* (MD1).

[...] fluxo existe teoricamente. Ele parece ser bem usual e daria vazão aos problemas, mas, na hora da prática, a gente ainda tem todos os entraves, que acaba acumulando os pacientes. A sensação é que fica todo mundo meio estagnado, sem conseguir chegar ao final; fica todo mundo no meio. (MD5).

Nesse contexto, os médicos salientam a falta de informação para o paciente como aspecto complicador ou limitante para o funcionamento da rede assistencial: *"[...] Às vezes, fica um pouco deficiente na falta de informação para a sociedade para utilização dos seus recursos"* (MD4). *"[...] com a própria informação do paciente e a exposição, através dos veículos de comunicação, sobre a maneira como a saúde é apresentada à população"* (MD7).

Com a percepção de um fluxo inadequado, os médicos destacam, também, conduções inadequadas para os pacientes. Nos serviços de urgência, os médicos são especialistas em reconhecer sinais e sintomas de risco imediatos e em intervir no sentido de manter a vida das pessoas. Essa situação muda na atenção primária, onde o médico generalista defronta-se com uma variedade maior de apresentação das doenças, estando, inclusive, mais preparado para lidar com as dimensões subjetivas do adoecer humano (MALTA; MERHY, 2010; STARFIELD, 2002).

Ao destacarem as relações entre os níveis de atenção, os médicos reconhecem a grande carga de responsabilidade do primeiro nível de assistência:

> *[...] quanto maior a atenção primária na saúde, menor a necessidade de leitos. Hoje a gente vive uma transição em que atenção primária não cumpriu seu papel e atenção secundária é sobrecarregada por conta disso.* (MD12).

> *[...] porque tudo que acontece na atenção primária vai influenciar a terciária, onde eu estou trabalhando. Acaba ocupando os hospitais, as UPAs, os postos de saúde. Não resolve o problema de ninguém.* (MD5).

Efetivamente, os serviços de APS, pelos atributos que os caracterizam, seriam os mais adequados para assumir a responsabilidade de coordenar o percurso terapêutico do usuário. Funcionando como 'porta de entrada', as estratégias de coordenação podem ser estabelecidas a partir de uma linha de comunicação entre os níveis de atenção.

Compreende-se do tema 'relações entre os níveis de atenção' uma pluralidade de agentes autônomos e independentes, que se entrelaçam, influenciando mutuamente os desempenhos uns dos outros. Desvela-se a informação como elemento benéfico para o paciente e satisfatório para o médico, principalmente quando a comunicação é sistematizada.

Interposição no ato profissional

Essa dimensão trouxe os temas de responsabilidade pela assistência e superlotação nos serviços de urgência. A relação do funcionamento da rede sobre a responsabilidade pela assistência foi destacada em expressões como: *"[...] muitas vezes não se tem tempo adequado ou hábil pra fazer diagnóstico para melhor conduta e melhor resultado naquilo que se trabalha"* (MD7). *"[...] me influencia no sentido de eu ser produtivo, de ver o sofrimento do paciente e estar aqui em dias que poderia estar com minha família"* (MD3). *"[...] vejo outro grande impacto que é o fato de, muitas vezes, você perceber que não está dando a melhor assistência que você pode dar. É a única, mas não é a ideal"* (MD6).

Resgata-se das falas dos profissionais o mito do médico solitário, que incorpora os ideais de conhecimento superior, autossacrifício, compaixão, acessibilidade, o julgamento ético (SABA *ET AL.*, 2012). Esse mito persiste, pois representa valores e crenças que têm beneficiado médicos e pacientes, reforçado pelo paradigma biomédico, pelas expectativas de cura e pelo financiamento de cuidados de saúde. O médico solitário mantém a responsabilidade individual e a prestação de contas, fomentando o orgulho no trabalho, o que pode abranger desde a aplicação de decisões até a perspicácia clínica para descobrir o diagnóstico preciso para um paciente complexo.

O tema superlotação do serviço de urgência encontra-se com outro aspecto influenciador da prática, exposto nas unidades:

> *[...] a partir do momento que se tem um volume aumentado de pessoas para se atender, quem trabalha na área de saúde pública, que recebe um paciente e, ao mesmo tempo, tem que receber 2 pacientes, 3 pacientes, 4 pacientes, sem suporte e sabendo que outras unidades estão na mesma condição, sem capacidade de receber o paciente.* (MD7).

> *[...] tem que atender a uma demanda maior... É, algumas vezes, muito frustrante, porque não tem como resolver essa demanda de Atenção Básica aqui na urgência. Então, pessoalmente, não é bom.* (MD10).

Acerca desse tema, em uma revisão integrativa sobre organização da atenção em urgência, os autores observaram que a insuficiente estruturação da rede de serviços de saúde é o fator que tem contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de urgência (AZEVEDO *ET AL.*, 2010). A alta demanda, espontânea ou induzida (regulação do Samu), pelos serviços de urgência gera desorganização da própria unidade, baixa qualidade de atendimento, gastos desnecessários, resultando em uso pouco racional dos recursos disponíveis.

O serviço de urgência responde a uma expectativa da população de forma irregular ou, mesmo, pouco qualificada, pois não compete aos mesmos atuar como responsáveis pelo acompanhamento, seguimento e vínculo com o paciente (PAZIN FILHO; SCARPELINI, 2010; AZEVEDO *ET AL.*, 2010). Na concepção dos médicos, não se consegue trabalhar como se gostaria e ainda responder a demandas que não são, tecnicamente, situações de urgência. A atenção à urgência se estabelece como uma 'porta de entrada' que inclui a urgência não qualificada para tal, o que redunda em efeitos não previstos, principalmente para o usuário portador de doença crônica.

Dentro da temática da superlotação no serviço de urgência, emergem as sensações: pressão, cansaço, constrangimento, frustração, insegurança, expressas nas seguintes declarações: *"[...] Trabalho sob pressão o tempo inteiro: pressão da chefia, pressão dos pacientes, da equipe de enfermagem"* (MD1). *"[...] com o volume aumentado de pacientes, percebo mais cansaço, mais sobrecarregado, exigido"* (MD9). *"[...] tem que atender a uma demanda maior... Então, pessoalmente, não é bom. Não é só para o paciente, não, para o médico também é muito frustrante, dá uma sensação de incapacidade, de limitação"* (MD10).

Refletir sobre o tema superlotação no serviço de urgência conduz o pensamento a duas polaridades: a relação entre RAS, estruturada em vínculos pessoais e modelos de organizações em redes. Há de se considerar a complexidade das relações na produção da saúde, em particular, no atendimento às urgências. Essas relações não se desenvolvem de forma linear, mas se constroem e reconstroem de acordo com os sujeitos envolvidos. A ausência de linearidade imprime subjetividade nas inter-relações estabelecidas em redes e, por conseguinte, exige das organizações flexibilidade institucional para ser mais eficiente. Desse modo, sensações de pressão, cansaço, constrangimento, frustração, insegurança podem moldar as ações dos médicos e também construir e reconstruir, continuamente, interações e trocas instituídas nas RAS.

Considerações finais

As características identificadas com relação ao perfil dos médicos participantes apontam a necessidade de uma agenda de pesquisa no campo de recursos humanos na área de urgência. É desejável a construção de indicadores e bases de dados e sistemas de seguimento e avaliação que possam delinear o perfil geral de médicos atuantes em serviços de urgência, subsidiando mudanças na graduação e pós-graduação que atendam à atenção em urgências.

A reflexão compreensiva evidencia a concepção de redes em que o médico se apresenta como sujeito responsável pela assistência. As sensações vividas pelo profissional no serviço de urgência, no contato face a face com o paciente, são decorrentes da crença de que é necessário responder às demandas trazidas com diagnóstico e cura, o que nem sempre é possível. Em outro sentido, a imagem concebida de responsabilidade completa pela assistência gera sensações pouco confortáveis. Esse aspecto pode ter vínculo com a falta de acompanhamento dos pacientes durante todo o percurso terapêutico, ou por não saber como o paciente percorre os caminhos na rede antes e após o evento que deu origem ao atendimento de urgência.

No presente estudo, as proposições de RAS, compreendidas do ponto de vista do médico, tais como integração e constituição da assistência em rede e relações entre os níveis de atenção, sinalizam a necessidade de problematização do tema em um processo de educação permanente.

Ainda sobre a concepção dos médicos acerca das redes assistenciais, registra-se a necessidade premente de construção de um novo estilo de pensamento no atendimento nos serviços de urgência. São desejáveis novos panoramas de prática clínica na produção da atenção à saúde, com estilos permeados pela promoção em saúde, mesmo em presença de situações de urgência. Na gestão, há de se considerar modelos para além do somatório de ações individuais, oferta de insumos e recursos tecnológicos. Quanto à articulação, é preciso aliar aos elementos técnico-administrativos os saberes dos vários profissionais que atuam nas redes, construindo nova narrativa para o trabalho dos médicos dentro de uma rede de relacionamentos.

Finalizando, é imperativo considerar que as discussões resultantes dos significados da estrutura do fenômeno, discutido aqui à luz da fenomenologia, apresentam aspectos que vão além das normativas. Situam-se no cotidiano, no fazer. Esse fato possibilitou um processo de enumeração, classificação de temas que, em novas pesquisas, responderão a elementos facilitadores da organização da atenção em redes. ■

Referências

ABDALLA, I. G. et al. Projeto Pedagógico e as Mudanças na Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p. 44-52, 2009.

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

AZEVEDO, A. L. C. S. et al. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas [internet]. *Revista Eletrônica de Enfermagem,* v. 12, n. 4, p. 736-745. 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a20.htm>. Acesso em: 15 maio 2013.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitich, de Leon Tolstoí: elementos para pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface (Botucatu),* Botucatu,v. 13 , supl.1, p. 545-55, 2009.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em Redes:* Práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro,* v. 16, supl. 1, p. 1081-1096, 2011.

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

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu),* Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. *A Pesquisa Qualitativa em Psicologia*: fundamentos e recursos básicos. 5 ed. São Paulo: Centauro. 2005.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção a Saúde.* 2 ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde:Ministério da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. et al. (Org.). *O Trabalho em saúde:* Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2 ed. São Paulo: HUCITEC. 2004.

NOGUEIRA, M. I. As Mudanças na Educação Médica Brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 261-270, abr./jun. 2009.

OLIVEIRA, J. M.; LOPES, R. L. M.; DINIZ, N. M. F. Fenomenologia. *Revista Brasileira de Enfermagem,* Brasília, DF, v. 61, n. 2, p. 254-257, mar./abr. 2008.

PAZIN FILHO, A.; SCARPELINI, S. Medicina de emergência na FMRP-USP – você pode fugir, mas não há como se esconder! *Revista de Escola de Medicina de Ribeirão Preto,* Ribeirão Preto, v. 42, n. 4, p. 432-443, 2010.

POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.* 3 ed. Porto Alegre: Artmed. 2009.

SABA, W. G. et al. The myth of the lone physician: toward a collaborative alternative. *Annals of Family Medicine,* Cleveland, v. 10, n. 2, p. 169-173, 2012.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (Org.). *Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia.* Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

SILVA, S. F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Revista Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 38-46. 2009.

_____. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v.16, n.6, p. 2753-2762, 2011.

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

Recebido para publicação em junho de 2014
Versão final em fevereiro de 2015
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família

Reading between the lines: Matrix Support and professionals of Family Health Strategy

Ana Lúcia de Magalhães Fittipaldi[1], Valéria Ferreira Romano[2], Denise Cavalcante de Barros[3]

RESUMO Trata-se de artigo fruto de pesquisa qualitativa cujo objetivo foi analisar os significados que os profissionais da Estratégia Saúde da Família atribuíam ao Apoio Matricial. Foram realizadas 18 entrevistas semiestruturadas e para interpretação dos resultados adotou-se a Análise de Conteúdo. Houve consenso sobre a importância do Apoio Matricial para a Estratégia Saúde da Família e que sua construção aconteceu mais no cotidiano e menos por uma questão normativa. Os profissionais identificaram ênfase no enfoque clínico e secundarização das ações de prevenção e coletivas, além de priorização dos núcleos de conhecimento, dificultando a interdisciplinaridade.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT *This article is the result of a qualitative research that aimed to analyze the meanings assigned by the professionals of Family Health Strategy to Matrix Support. Eighteen semi-structured interviews were carried out and the results were interpreted through Content Analysis. There was consensus on the importance of Matrix Support for Family Health Strategy. It was also acknowledged that Matrix Support was more a result of an everyday practice and less due to a normative question. The professionals identified an emphasis on clinical aspects and a lesser focus on preventive and collective actions. They also pointed out a prevalence of knowledge nuclei, hindering interdisciplinarity.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Family Health Strategy; Qualitative research.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
anafittipaldi@ensp.fiocruz.br

[2] Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Departamento de Medicina de Família e Comunidade – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
valromano@uol.com.br

[3] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp), Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
barrosdc@ensp.fiocruz.br

 DOI: 10.1590/0103-110420151040424

Introdução

O Ministério da Saúde criou, no ano de 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) com o objetivo de ampliar a abrangência e a resolutividade das ações das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), bem como atuar no apoio especializado a elas (BRASIL, 2009).

As ações do Nasf são pautadas nas diretrizes da Atenção Básica (AB), quais sejam: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde; educação popular; promoção da saúde; humanização; integralidade; participação social; e territorialização. Essas ações, por sua vez, incorporaram os conceitos de Apoio Matricial e de Equipe de Referência, que visam provocar mudanças nas relações de trabalho entre profissionais das equipes da ESF e profissionais especialistas (BRASIL, 2009).

A proposta de Apoio Matricial e Equipe de Referência foi desenhada com o objetivo de superar as limitações impostas pela organização tradicional dos serviços de saúde e ampliar as possibilidades de integração dialógica entre diversas especialidades (CUNHA; CAMPOS, 2011). Sendo assim, o Apoio Matricial, desde sua concepção, atua para promover a retaguarda assistencial e o suporte técnico pedagógico de profissionais especialistas às Equipes de Referência, reforçando a vontade de mudanças nas relações de trabalho. A Equipe de Referência, composta por profissionais considerados essenciais para conduzir os problemas de saúde mais comuns da população, seria representada pela equipe da ESF, possibilitando um rearranjo organizacional de reforço ao trabalho em equipe multidisciplinar, deslocando, assim, o poder das profissões e corporações de especialistas (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Para que o processo de Apoio Matricial possa ser de fato implementado, entretanto, há de se ressignificar e reestruturar algumas tecnologias de trabalho em saúde, a exemplo de práticas interdisciplinares, como é a interconsulta. Esta tem sido considerada como um dos principais instrumentos do Apoio Matricial, trazendo à tona seu profundo sentido de práticas interdisciplinares colaborativas, na direção de uma educação interprofissional (CHIAVERINI, 2013).

As experiências com Apoio Matricial encontradas na literatura nacional são recentes e relatam, via de regra, as dificuldades e potencialidades da inserção de profissionais especialistas na AB, através de equipes de Nasf, bem como a efetividade das ações do Apoio Matricial às equipes da ESF, ou mesmo sugerem propostas para melhor viabilizar a atuação do Nasf (BARBOSA, 2010; SANTOS, 2012; SILVA, 2012; OLIVEIRA 2012).

Esses mesmos estudos, semelhantes no que se refere ao objeto de pesquisa, apresentam temáticas recorrentes que têm sido relacionadas às dificuldades encontradas quanto à efetividade de ações interdisciplinares: a sobrecarga de trabalho, a alta rotatividade de profissionais, a formação profissional insatisfatória para as práticas em saúde coletiva, as barreiras de integração entre a equipe do Nasf e as equipes da ESF, o predomínio das ações clínicas individuais sobre as ações coletivas de prevenção e promoção da saúde e, por fim, a deficiente comunicação entre os níveis de atenção à saúde (BARBOSA, 2010; SANTOS, 2012; SILVA, 2012; OLIVEIRA, 2012).

Assim, o modo como o Apoio Matricial tem sido percebido por seus atores é uma questão que baliza nossas reflexões, seja por sua permeabilidade ou por certo ineditismo na produção da saúde do trabalho em equipe. Este artigo tem por objetivo apresentar a discussão que emergiu das reflexões sobre os significados que os profissionais da ESF e do Nasf atribuem ao Apoio Matricial, além da repercussão desses significados nas relações cotidianas de trabalho.

Metodologia

Apresentam-se aqui reflexões advindas de uma pesquisa qualitativa desenvolvida em

duas unidades básicas de saúde de uma comunidade da zona norte do município do Rio de Janeiro.

Os participantes do estudo foram os profissionais das equipes da ESF, os gerentes das Clínicas da Família bem como os profissionais do Nasf. Os critérios para seleção foram baseados na representatividade que os conhecimentos, experiências e atitudes dos profissionais exercem sobre a questão motivadora da pesquisa. Assim, foi fundamental que todas as equipes da ESF fossem representadas por, pelo menos, um profissional.

Outros critérios de inclusão foram: o tempo de atuação na AB e/ou na ESF, uma vez que vivenciar a transição entre modelos distintos influencia a maneira de lidar com as novas propostas de trabalho; as diferentes formações técnicas dos profissionais, acreditando-se que as concepções específicas de cada núcleo profissional influenciam o trabalho em equipe e a maneira de entender a atuação do apoio especializado; e, por último, a disponibilidade dos profissionais em contribuir com a pesquisa.

A inclusão dos profissionais do Nasf teve por objetivo identificar a interação destes com a ESF, dentro da concepção do Apoio Matricial. Além disso, a inserção dos gerentes das Clínicas da Família foi estratégica, entendendo que a gerência, na perspectiva da ESF, é um elemento inserido no movimento de transformação do modelo assistencial.

Optou-se por utilizar a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados para melhor preservar a liberdade de expressão dos entrevistados. Essa técnica adota um roteiro como referência que possibilita flexibilização dos questionamentos, abrindo espaço para diversos e divergentes sentidos sobre o tema de entrevista proposto (FLICK, 2009; MINAYO, 2010). Sendo assim, nosso roteiro de entrevistas pretendeu nortear alguns questionamentos, a saber: como é o entendimento dos profissionais da ESF, do Nasf e dos gerentes das Clínicas da Família sobre Apoio Matricial; quais as dificuldades e potencialidades encontradas no cotidiano das unidades de saúde/equipes; se esse método de trabalho atende às demandas das equipes e da população.

O método selecionado para tratamento dos dados, análise e interpretação dos resultados foi uma adaptação da Análise de Conteúdo, na sua vertente temática, que infere um tema como conceito central e o desmembra em subtemas, considerando o que as entrevistas revelaram (BARDIN, 2011; MINAYO, 2012).

A Análise de Conteúdo temática foi realizada em três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados (BARDIN, 2011). Durante a pré-análise foi realizada uma leitura exaustiva do material com o objetivo de obter uma visão de conjunto inicial e identificar as categorias para classificação das falas. Em seguida, durante a exploração do material, foi feita a análise em si, classificando as falas ou fragmentos selecionados de falas entre as categorias de análise. Dando continuidade, foram identificados núcleos de sentido em cada categoria empírica que, juntamente com os pressupostos teóricos iniciais, apontaram os temas em torno dos quais foi realizada a análise interpretativa dos depoimentos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Ensp/Fiocruz, sob Parecer nº. 178.224 em 19 de dezembro de 2012 e cumpre as disposições da Resolução nº. 196/96, referente a pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Resultados e discussão

A pesquisa de campo envolveu 18 entrevistas realizadas com um representante de cada equipe da ESF, dois profissionais do Nasf e com os dois gerentes das unidades de saúde, com as seguintes formações acadêmicas: nove enfermeiros, oito médicos e um profissional de outra categoria.

Os resultados são apresentados e discutidos a seguir, dispostos em categorias de análise e seus respectivos temas que emergiram das entrevistas a partir da interpretação das autoras. Algumas falas dos entrevistados foram aqui reproduzidas, na intenção de melhor descrever e implicar o leitor com o assunto, sendo identificadas por letras, conforme inserção profissional, e numeradas aleatoriamente: (E): profissionais das equipes da ESF; (N): profissionais do Nasf e (G): gerentes das Clínicas da Família.

As categorias de análise identificadas foram: concepção e prática do Apoio Matricial e processo de trabalho do Nasf.

Concepção e prática do Apoio Matricial

A partir dessa categoria de análise, procurou-se compreender o entendimento que os profissionais atribuíram ao Apoio Matricial e como este foi construído no cotidiano das equipes.

Identificaram-se três temas nessa categoria empírica, a saber: princípios e diretrizes do Nasf (educação permanente, resolutividade, corresponsabilização, integralidade e interdisciplinaridade); construção do trabalho do Apoio Matricial na prática do cotidiano e predomínio do modelo biomédico influenciando a prática do Apoio Matricial. A seguir, apresentam-se as reflexões que surgiram a partir desses temas.

Alguns princípios e diretrizes que compõem o Nasf foram destacados pelos entrevistados na sua concepção sobre Apoio Matricial. Dentre eles, a educação permanente foi pontuada como relevante, considerando seu potencial de qualificação das práticas em saúde e de reorganização do processo de trabalho, conforme demonstra o seguinte depoimento:

> *Nas equipes em que eu tô há mais tempo, [...] essas pessoas não precisam me chamar porque elas mesmas já sabem o que fazer. Porque uma das coisas do matriciamento é tipo um treinamento em serviço. Você conseguir ajudar aquela pessoa que está ali, porque eu não estou todos os dias. Pra que, quando eu não esteja e ela pegue um caso semelhante, já possa nortear ela.* (N1).

De acordo com o 'Cadernos de Atenção Básica – Diretrizes do Nasf', o Apoio Matricial apresenta duas dimensões: uma assistencial, que irá produzir ação direta sobre as necessidades dos usuários, e outra técnico-pedagógica, com responsabilidade de produzir apoio educativo para as equipes da ESF, compartilhando seu conhecimento específico com toda a equipe. Dessa forma, a educação permanente entra como uma importante dimensão do apoio, sem a qual a troca de saberes entre os profissionais ficaria descontextualizada da prática dos serviços (BRASIL, 2009).

Nas falas dos profissionais entrevistados, observou-se que o Apoio Matricial é compreendido como um potencializador das ações da ESF, aumentando a resolutividade da AB. Destacam, ainda, a corresponsabilização pelo cuidado prestado à população como essencial na concepção de apoio. *"Pra mim a história de apoiar é fundamental. Acho que tem a ver com se responsabilizar junto. Corresponsabilizar. Não entendo o apoio do Nasf como um apoio parecerista"* (E10).

> *Apoio Matricial é um apoio à equipe na tentativa de aumentar a capacidade da equipe de resolutividade e também dividir o problema, compartilhar as responsabilidades, dividir angústias, pensar conjuntamente o caso.* (E3).

Para atingir o objetivo previsto com a criação do Nasf, além do compartilhamento dos saberes e trocas entre especialistas e Equipe de Referência, está prevista a construção compartilhada de diagnósticos e medidas terapêuticas, ou seja, a gestão compartilhada do cuidado (BRASIL, 2009). A responsabilidade sobre os casos não deve ser diluída nem transferida por

meio de encaminhamentos, mas, ao contrário, também compartilhada, mantendo o vínculo do usuário com a Equipe de Referência, que poderá, assim, ofertar um cuidado longitudinal (OLIVEIRA, 2012). Dessa maneira, se o compartilhamento da gestão tende a desenvolver a corresponsabilização entre profissionais e usuários, infere-se que os entrevistados valorizam esse tema como fundamental, indo a favor do preconizado pelo Ministério da Saúde. Em relação à integralidade do cuidado, os profissionais demonstraram que a entendem e a valorizam enquanto uma diretriz a ser seguida não só pelas equipes da ESF, mas também pelo Nasf, conforme menciona um entrevistado:

> *É uma maneira que eu tenho de ver o paciente como um todo. A saúde da família, ela não enxerga só a doença, né? Você tentar fazer ação de prevenção também. Então, assim, o Apoio Matricial, você tem vários profissionais, cada um com especialidades, podendo fazer ação, discutir o paciente. Então é como se fosse uma parceria. Pra poder fazer a prevenção das doenças, ou quando já tem a doença, fazer o acompanhamento.* (E5).

Durante as entrevistas, a interdisciplinaridade não foi destacada como um dos princípios do processo de trabalho do Nasf, apesar de ter sido valorizada a sua função de apoio nas questões do cotidiano, quando as equipes encontravam dificuldades no seu processo de trabalho. No entanto, uma das raras falas sobre interdisciplinaridade, citada abaixo, sinaliza que algum entendimento latente sobre ela estava presente:

> *[...] então quando juntam os dois conhecimentos distintos, né? Porque a enfermagem tem uma formação bem diferente do médico. Então, quando você consegue juntar os dois, unir e daí sair um produto final, acho bem bacana. E a gente consegue isso. A discussão do caso clínico é bem legal. E com a percepção de cada formação. Eu acho bem interessante. Só tem a acrescentar.* (E7).

O trabalho entre as Equipes de Referência e a equipe de matriciadores, dentro das diretrizes do Apoio Matricial, prevê um constante diálogo que irá propiciar um novo construto, a partir da incorporação do conjunto de saberes, habilidades e atitudes de cada profissional. Assim, entende-se que a interdisciplinaridade deveria estar presente no discurso e na prática como forma de interação dinâmica entre saberes, contribuindo para a redução da fragmentação do cuidado (DIAS, 2012).

Com relação ao tema sobre a construção do trabalho do Apoio Matricial na prática do cotidiano, as entrevistas revelaram que alguns profissionais não tinham clareza sobre suas atribuições dentro do Apoio Matricial. Os apoiadores e os profissionais das Equipes de Referência foram experimentando e aprendendo suas funções na prática profissional, através de uma construção coletiva, como revela a seguinte fala:

> *[...] na verdade saiu uma Portaria, baixou, tinha que ser cumprida e ninguém sabia como ia ser feito. Ninguém sabia o que tinha que ser feito. Acho que a gente foi buscando isso na prática. Uma construção.* (N1).

Sendo ainda um processo em construção, em algumas situações, principalmente durante as consultas conjuntas, ficou evidenciado que alguns profissionais não entendiam como compartilhar saberes e sair da posição de espectadores passivos, participando ativamente com seus próprios conhecimentos e habilidades nas consultas.

Cabe aqui esclarecer que os entrevistados transpareceram certa desvalorização ou pouco entendimento sobre o atendimento conjunto. Este momento tem sido considerado um espaço fundamental para a educação permanente e o compartilhamento da clínica no Apoio Matricial, possibilitando uma rica troca de saberes e de práticas em ato, propiciando um ganho de experiências para todos os profissionais envolvidos (SARAIVA, 2012). O discurso a seguir reflete que ainda é incipiente o

aproveitamento da consulta conjunta como facilitadora do processo de trabalho das equipes:

> *[...] mas já chegou pra mim em alguns momentos pessoas relatando que não viam sentido em ter interconsulta com a nutrição, porque, como o caso do cardiologista, é muito específico, então ficavam bastante como observador. Então, alguns profissionais relataram que preferiam como era antes, né? 'Por que não faz como era antes? Porque a gente não tem grande participação. A gente fica ouvindo a consulta, as orientações e às vezes até atrapalha, perde tempo, enrola, você fica ali tendo que atender um monte de gente e tem que ficar sentado ali com o nutricionista, e não precisava estar ali, porque ela tá fazendo a parte dela e eu podia estar fazendo outras coisas'.* (G1).

Quanto ao tema que trata do predomínio do modelo biomédico influenciando a prática do Apoio Matricial, os entrevistados relataram que ele parece estar fortemente presente no processo de trabalho das equipes. Certamente, como reflexo de uma formação em saúde ainda focada mais no aspecto biológico e menos no campo ampliado de saúde. Segundo os entrevistados, a prática do Apoio Matricial teve maior enfoque nas consultas conjuntas, dentro da unidade de saúde, que, apesar de serem feitas através de um atendimento compartilhado, reforçam o olhar sobre a doença, e não sobre o sujeito (CAMPOS, 2007), como demonstra o seguinte relato:

> *[...] acaba sendo um atendimento mais específico, mais clínico, mais clínico, muito mais clínico. Porque não deixa de centralizar na doença, num primeiro momento. Porque a gente do* Nasf, *as pessoas vão acionar, na visão de quem aciona, num primeiro momento pra resolver um problema de doença. Depois a gente entra naquele olhar ampliado, né?* (N1).

Infere-se que, além das consultas conjuntas, as demais ações do processo de trabalho do Apoio Matricial parecem ser pouco utilizadas pelas equipes, ou pouco compreendidas em seu potencial e metodologia, como visto a seguir: *"Grupos eu nunca utilizei. Eles disponibilizam, mas eu nunca utilizei. A visita domiciliar em alguns casos que a gente precise a gente pode solicitar. Mas difícil porque eles têm várias equipes pra dar conta"* (E14).

> *A atividade educativa no momento, a nossa equipe está se programando pra tornar isso mais eficiente, porque a gente já fez alguns grupos. Não tivemos muita adesão dos nossos usuários. Eu diria até que por uma falta de costume deles, de não ter tido isso há mais tempo.* (E8).

O processo de trabalho do Apoio Matricial pode ser organizado, em conjunto com a Equipe de Referência, através de várias ações além das consultas conjuntas, como ações no território que envolvam trabalhos educativos, Projeto de Saúde no Território, Projeto Terapêutico Singular, ações junto aos equipamentos públicos como escolas, creches, igrejas, entre outros (BRASIL, 2009).

Os resultados encontrados por meio desses depoimentos são corroborados por outros estudos semelhantes, que evidenciam que os atendimentos clínicos são predominantes sobre outras ferramentas de matriciamento, como atendimento domiciliar, discussão e elaboração de planos terapêuticos (OLIVEIRA, 2012; SILVA, 2012), o que certamente limita o trabalho com a comunidade.

Processo de trabalho do Nasf

A partir dessa categoria de análise, pretendeu-se compreender como o Apoio Matricial efetivamente vinha sendo realizado pelas equipes, identificando as potencialidades, dificuldades e expectativas dos profissionais.

Os temas empíricos identificados foram: a abordagem do Nasf; a ESF como modelo de reorganização da AB, gerando excesso de atribuições aos profissionais; a formação de recursos humanos em saúde; e as diferenças

percebidas no processo de trabalho entre as duas unidades de saúde pesquisadas.

Com relação ao tema sobre a abordagem do Nasf, os profissionais entrevistados assumiram que o foco deveria ser o compartilhamento das ações, entendendo que, dessa forma, haveria uma maior efetividade do cuidado prestado ao usuário. No entanto, questionaram a qualidade da consulta conjunta em função do tempo que é disponibilizado para a sua realização, fazendo supor ser este um limitador do trabalho, como revelam as falas: *"Eu preferia que sempre tivesse em conjunto, né? A gente acaba ficando muito responsável pelos pacientes mesmo, né? Então no vínculo que a gente faz eu quero saber o que o outro vai falar lá"* (E10).

> *Eu acho que no caso da nutrição, esse tempo da consulta influencia. Eu não sei se dá pra fazer uma consulta boa de nutrição em 20 minutos. Então eu acho complicado, eu acho impossível, não sei. Eu penso como eu vou fazer uma interconsulta de 20 minutos com a psicologia?* (E10).

Segundo a Portaria que criou o Nasf (BRASIL, 2009), a responsabilização pela comunidade deve ser compartilhada entre as equipes da ESF e a equipe do Nasf. Ela prevê, ainda, a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, não substituindo, mas ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal das famílias. Dessa forma, o Apoio Matricial pressupõe a integração e o trabalho colaborativo entre os profissionais e a democratização das relações de trabalho (SARAIVA, 2010).

As intervenções individuais foram citadas como necessárias em alguns casos que ultrapassam a capacidade das equipes de resolução, porém mais para algumas especialidades do que para outras, determinadas pelas características do próprio núcleo de conhecimento, conforme mencionam os profissionais:

> *Eu acredito que o Nasf dá o apoio que pode, compartilha o que pode ser compartilhado, mas eu acho também que tem outras necessidades. Eu acho que precisa de um olhar individual. Por mais que você fale parece que você esgota o que você tem a falar. Uma outra visão.* (E1).

> *Acho que só algumas. Eu acho que a cardiologia [...] com a interconsulta tá funcionando perfeitamente. A psicologia, ela tem momento individual, faz só o primeiro atendimento com a gente depois ele vai dando seguimento individual, e achamos que tá dando certo também. [...] mas algumas especialidades como a psiquiatria, que é difícil... Acho que poucos profissionais da Saúde da Família vão conseguir lidar com doentes que têm esses problemas.* (E9).

Segundo a legislação específica sobre o assunto, as intervenções diretas e individualizadas dos profissionais do Nasf frente aos usuários deverão ocorrer somente em situações extremamente necessárias, sempre sob encaminhamento e acompanhamento das Equipes de Referência (BRASIL, 2009).

No entanto, a decisão sobre o grau de abordagem dos apoiadores, seja através do matriciamento às Equipes de Referência ou por meio de atendimentos individuais, deverá ser pactuada entre os profissionais envolvidos, garantindo que este profissional seja o responsável por ambas as abordagens (SARAIVA, 2010).

Quanto ao tema referente à ESF como modelo de reorganização da AB gerando excesso de atribuições aos profissionais, os entrevistados relataram excesso de atribuições, dificultando uma ampliação do olhar para a produção da integralidade do cuidado. Reiteradamente, as ações preventivas e de promoção da saúde parecem ser relegadas a um segundo plano em relação às ações curativas, colocando em dúvida a resolutividade do trabalho, como as falas seguintes revelam:

> *[...] agenda hiperlotada, cobrança das metas, indicador. Tem que dar conta daquilo ali, sobra muito pouco, a gente é engolido por essas coisas,*

consulta individual, doença e pouco é feito em relação. A gente tenta, se esforça até faz a prevenção. O que seria o nosso foco acaba desvirtuando. Tem que dar conta disso também, faz parte da nossa atribuição também. Eu costumo dizer que 40h é pouco. (E4).

[...] A gente tem essa tendência de fazer um planejamento sem ouvir, já chega com tudo pronto. O que seria legal para eles em relação à alimentação, né? O mundo ideal seria isso, a gente conseguir fazer uma agenda de trabalho não só com a nutrição, mas com a equipe, com a comunidade, com a educação, pensar nisso, numa coisa de rede mesmo, interligado, de vários setores... (G1).

Uma carteira de serviços, que eu acho que extrapolou a atenção básica. Eu acho que tem coisa além do que a gente realmente precisa fazer. Eu acho que se a gente ficasse mais na AB mesmo a gente poderia produzir numa maneira mais eficiente, eu não digo tanto em número, mas em qualidade, né? Todo mundo quer qualidade, né? Números é produção. (E9).

Outro ponto relatado pelos entrevistados foi que o excesso de atribuições limitaria a interação entre apoiadores e equipes, justificando menor demanda dos apoiadores no cotidiano do trabalho. *"Uma crítica que eu faço é que o Nasf tem que ter um papel mais proativo, e não tão passivo. Porque com o problema de tempo que a gente tem, se o Nasf não tiver um papel mais proativo, de estar lá do lado da equipe..."* (E3).

Eu aciono menos do que eu gostaria. Porque eu tenho uma correria no dia-a-dia, a correria atrapalha muito. Muitas vezes eu quero fazer uma interconsulta, mas o tempo que a interconsulta vai me demandar inviabiliza a continuidade do atendimento de manhã. (E3).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012), a ESF deve ser a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, tendo a função de ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado. Assim, existe uma grande expectativa em torno do papel da ESF para a reestruturação do sistema de saúde no Brasil.

Além disso, existe o processo de apropriação das equipes do conceito de Clínica Ampliada na prática profissional cotidiana que, somados a uma demanda reprimida da população por cuidados clínicos, acabam por gerar uma sobrecarga de trabalho e de responsabilidades para as equipes que nela atuam. Pode-se acrescentar ainda que a maioria dos contratos de gestão enfatiza a dimensão quantitativa do trabalho em saúde, representada pelo número de consultas e procedimentos clínicos realizados por turnos de trabalho (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Com relação ao tema sobre a formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), cabe registrar que o Apoio Matricial, por meio de sua diretriz técnico-pedagógica, tem uma importante função, e alguns profissionais entrevistados reconheceram esse lugar como relevante:

Eu nunca trabalhei sem o Apoio Matricial. O grupo foi muito importante pra minha formação... quando chegava alguém o Apoio Matricial ficava mais próximo daquele profissional. [...] eu fui formado como médico de família pelo Apoio Matricial. (E3).

O Nasf é considerado um potencial espaço de ensino, o que vai ao encontro das Diretrizes Nacionais Curriculares que preconizam que a formação profissional em saúde seja pautada nas necessidades e princípios do SUS, formando profissionais aptos a atuar nos sistemas de saúde (BRASIL, 2001).

Apesar disso, a formação profissional é ainda uma das dificuldades identificadas no processo de trabalho do Nasf, uma vez que não está voltada para as necessidades do SUS, em particular para a realidade da AB (NASCIMENTO, 2010). A proposta da Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família tem sido considerada uma estratégia para reverter essa dificuldade, formando profissionais

inseridos no contexto das práticas do trabalho das equipes da ESF e do Nasf.

O último tema refere-se às diferenças percebidas no processo de trabalho entre as duas unidades de saúde pesquisadas. Os entrevistados destacaram as características do seu corpo profissional bem como a organização do seu processo de trabalho como sendo significativas, repercutindo no cotidiano de trabalho das equipes e influenciando a prática do Apoio Matricial:

> *[...] trabalhar com saúde da família, mas numa unidade mista que você tem a todo o momento uma dicotomia, isso é muito complicado. Tem gente que fala: 'não, poxa, uma unidade mista é difícil'. É, mas tem suas compensações. Você consegue coisas que você não conseguiria numa unidade que tenha só saúde da família. Porque quando você precisa você tem o parceiro aqui do lado. Isso é bom.* (E1).

> *[...] faz uma diferença você estar numa clínica que é só uma Clínica da Família. É diferente. Você tem outras possibilidades aqui [Centro de Saúde]. Aqui os médicos da família, eles podem literalmente acionar outras especialidades, outros conhecimentos, porque está próximo daqui [...]. Lá [Clínica da Família] não se consegue tão fácil assim. Os pacientes de lá tem dificuldade. Quem traz eles pra cá somos nós do Nasf. Por exemplo, eu trago, eu atendo aqui.* (N2).

As unidades de saúde contempladas nesse estudo possuíam características bem distintas uma da outra. Ambas são Clínicas da Família, tendo uma delas particularidades por estar alocada no espaço físico de um centro de saúde nos moldes tradicionais.

As facilidades relatadas pelos profissionais que atuam no centro de saúde parecem dificultar a mudança da lógica do encaminhamento para o compartilhamento das ações, principalmente através das consultas conjuntas, uma vez que os profissionais já estão habituados a encaminhar os usuários para o agendamento individual.

Assim, conforme ressaltam em seu estudo Ballarin, Blanes e Ferigato (2012), a prática do Apoio Matricial demonstra estar sustentada não apenas por sua concepção teórica, mas principalmente pela construção coletiva entre os profissionais envolvidos e marcada pelas singularidades de cada unidade de saúde (BALLARIN; BLANES; FERIGATO, 2012).

Considerações finais

Este estudo revelou um aspecto da compreensão dos profissionais que atuam na ESF de uma comunidade do Rio de Janeiro sobre o Apoio Matricial e a sua inserção no cotidiano do trabalho das equipes. Tornar público o que pensam ratifica para todos que o sucesso de uma política pública só se faz, em ato, se os profissionais envolvidos na sua execução puderem opinar e serem ouvidos. Fazê-los pensar e falar sobre o cotidiano de seu trabalho com o Nasf e com o Apoio Matricial, seus nós críticos e suas potencialidades, parece ter sido uma importante estratégia, pois possibilitou certa desconstrução e ressignificação sobre o tema.

A pesquisa revelou que os profissionais entrevistados, apesar de possuírem diferentes sentidos sobre o conceito de Apoio Matricial, mantiveram reconhecimento, em consenso, a respeito da sua importância para as ações da ESF, confirmando ser esta uma abordagem acertada, quando se valoriza o processo de trabalho com foco no cuidado.

A resolutividade, a integralidade, a corresponsabilização, a interdisciplinaridade e a educação permanente foram identificadas como princípios e diretrizes que deveriam ser potencialmente seguidos por todos os envolvidos na ESF, tanto para a equipe do Nasf quanto para as Equipes de Referência. Assim, apontaram um elo que justifica o trabalho desenvolvido com objetivos em comum e em consonância com a PNAB.

Destaca-se que a interdisciplinaridade é um conceito ainda distante da prática nos

serviços de saúde, refletindo as dificuldades dos profissionais do Nasf e das Equipes de Saúde da Família de saírem do seu núcleo de conhecimento ampliando o olhar para o campo de atuação. Da mesma forma, ficou explícito que os profissionais da ESF acionam o Apoio Matricial para atender uma demanda específica que aquele núcleo de saber, supostamente, será capaz de suprir.

Compartilhar saberes implica na articulação de núcleos disciplinares bastante distintos entre si e em lidar com a tendência de encerramento em si mesmo dos conhecimentos, desafios postos para a formação dos futuros profissionais de saúde.

Apesar da prática do matriciamento ter sido identificada por alguns atores como já sendo exercida antes de se tornar oficial no cenário da pesquisa, alguns conflitos criados poderiam ser compreendidos na medida em que se identifica que o Apoio Matricial, enquanto política pública, foi inserido no processo de trabalho da ESF pesquisada sem que os profissionais estivessem qualificados para compreender suas atribuições nessa nova metodologia de trabalho.

A clareza sobre o papel que cada um desempenha, como cada profissional se relaciona com o outro e com o próprio processo de trabalho nos parece ser central para a agenda cotidiana de trabalho e para a formação profissional das equipes. Esse parece ser um caminho que poderia contribuir para que a prática do Apoio Matricial fosse fortalecida e construída na direção do compartilhamento, afastando-se, assim, de certa informalidade que produz pedidos de ajuda entre profissionais sob a dependência de afinidades e bons relacionamentos interpessoais, o que certamente minimiza conflitos, mas não cria profissionalismo.

Nota-se que o discurso voltado para o modelo biomédico, centrado na doença, ainda é predominante nas práticas em saúde, o que fragiliza a concepção de Clínica Ampliada e os preceitos de promoção da saúde, distanciando o cuidado integral como foco do trabalho.

O excesso de atribuições e, consequentemente, uma menor disponibilidade de tempo, evidenciando frustrações dos profissionais que esperavam poder aplicar uma visão ampliada do processo saúde-doença-cuidado no seu cotidiano, aparecem como um alerta. Precisa-se fazer escolhas ou, pelo menos, melhor compreender as relações que se estabelecem entre qualidade e quantidade de atendimentos na ESF.

A partir de trocas na formação profissional em saúde, práticas compartilhadas e reflexões que envolvam uma produção da saúde interprofissional, incluindo gestores, trabalhadores e usuários, pode-se enfrentar as limitações ainda hoje encontradas para o desenvolvimento do Apoio Matricial. Nesse sentido, encontra-se implícito nas falas dos entrevistados um pedido de ajuda aos profissionais do Nasf, para que sejam proativos e se aproximem mais das equipes, participem e auxiliem a ESF na efetividade de uma abordagem ampliada do cuidado em saúde.

As opiniões sobre como deve ser a abordagem do Nasf junto às equipes não expressaram consensos, remetendo a uma discussão sobre os limites entre quais atribuições e competências são exclusivas de cada núcleo de saber e aquelas que podem e devem ser compartilhadas entre todos os profissionais das equipes. Para alguns, o compartilhamento das ações foi considerado a melhor maneira do Nasf organizar sua abordagem, enquanto apoio. Para outros, entretanto, as ações individualizadas, diretamente entre usuário e apoiador, sem necessariamente a presença de profissionais da ESF, foram consideradas relevantes em situações específicas e pontuais, reconhecendo os limites de atuação do Apoio Matricial.

As diferenças que foram identificadas entre as duas unidades básicas de saúde também influenciaram fortemente a abordagem do Nasf, uma vez que a disponibilidade dos profissionais especialistas não parece ser a mesma, sejam eles do Nasf ou matriciadores da unidade básica tradicional.

De qualquer maneira, independentemente da abordagem que o Nasf esteja utilizando, é importante destacar que os profissionais consideraram que o Apoio Matricial atende às suas demandas e da comunidade sob sua responsabilidade.

Esse ponto merece uma reflexão sobre o quanto que o 'novo' tem a acrescentar, a transformar com sua ânsia ideológica por ressignificar seu cotidiano de trabalho, e o quanto que o 'antigo' tem a contribuir por seu tempo de experiência e acúmulo de conhecimentos. É importante reconhecer o estranhamento do novo sobre o antigo como uma contribuição para integrar as ações de forma mais efetiva, facilitando os processos de mudanças e os relacionamentos entre os profissionais e destes com os usuários dos serviços de saúde. Fala-se aqui não só dos profissionais que executam as ações, mas também dos modelos que orientam nosso agir enquanto profissionais de saúde.

Espera-se, com este estudo, contribuir com o trabalho das equipes da ESF e do Nasf, sugerindo, ainda, que novos estudos sejam realizados para melhor compreensão da dinâmica de implementação e consolidação do Apoio Matricial na AB. ■

Referências

BALLARIN, M. L.G. S.; BLANES, L. S.; FERIGATO, S. H. Apoio Matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 767-778, jul./set. 2012.

BARBOSA, E. G. et al. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter. Mov.*, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 323-330, abr./jun. 2010.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 10 jun. 2012.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 03 out. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2001/pces1133_01.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF*: núcleo de apoio à saúde da família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Cadernos de Atenção Básica n. 27).

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

CAMPOS, G. W. S. A Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: *Saúde Paidéia*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 51-67.

CHIAVERINI, D. H. (Org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2013.

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

DIAS, R. B.; Nogueira, F. P. S. Trabalho em Equipe. In:

GUSSO, G; LOPES, J. M.; editores. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 288-297.

FLICK, U. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009. (Coleção Pesquisa Qualitativa).

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

_____. (Org.). *Pesquisa Social:* teoria, método e criatividade. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

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. *Mundo Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, jan./mar. 2010.

OLIVEIRA, I. C.; Rocha, R. M.; Cutolo, L. R. Algumas palavras sobre o NASF: Relatando uma experiência acadêmica. *Rev. bras. educ. med.,* Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 574-580, out./dez. 2012.

OLIVEIRA, R. S.; Borba, P. C.; Sampaio, Y. P. C. C. Organização de Serviço e Integração com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. In: GUSSO, G; LOPES, J. M. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. v. 1. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 307-314.

SANTOS, A. P. L.; Lacaz, F. A. C. Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador: tecendo redes na Atenção Básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1143-1150, maio 2012.

SARAIVA, A. S.; Zepeda, J. Princípios do Apoio Matricial. In: GUSSO, G.; LOPES J. M. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 298-306.

SILVA, A. T. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, nov. 2012.

Recebido para publicação em julho de 2014
Versão final em janeiro de 2015
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional

The Family Health Strategy in the State of Pernambuco: evaluation of team structure by population size

Fernando Castim Pimentel[1], Paulette Cavalcanti de Albuquerque[2], Wayner Vieira de Souza[3]

RESUMO O estudo teve como objetivo avaliar a estrutura das Equipes de Saúde da Família do estado de Pernambuco por porte populacional, no ano de 2009. Foram aplicados questionários estruturados a 154 equipes, de 24 municípios, e avaliados itens referentes a instrumentos, materiais educativos, espaço físico, medicamentos, vacinas, além dos recursos humanos disponíveis. Os resultados mostraram que os espaços físicos das equipes foram mais bem avaliados nos municípios de pequeno porte (p=0,032). Somente 5,6% das equipes cumprem todos os requisitos de estrutura, e o componente recursos humanos apontou a precariedade do vínculo dos profissionais, principalmente nos municípios de médio porte do estado.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Estrutura dos serviços; Recursos humanos em saúde; Avaliação de serviços de saúde.

ABSTRACT *The study aimed to evaluate the structure of Health Family Teams of the state of Pernambuco by population size in the year of 2009. Were applied structured questionnaires to 154 teams, from 24 counties, and evaluated items related to instruments, educational materials, physical space, medicines, vaccines, besides the human resources available. The results showed that the physical spaces of the teams were better evaluated in small-sized municipalities (p=0,032). Only 5,6% of the teams meet all the structure requirements, and the component human resources pointed out the precariousness of the professional bonds, mainly in mid-sized municipalities of the state.*

KEYWORDS *Primary Health Care*; *Family Health Strategy; Structure of services; Health manpower; Health services evaluation.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) – Recife (PE), Brasil.
nandocastim@yahoo.com.br

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) – Recife (PE), Brasil.
paulette.cavalcanti@gmail.com

[3] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) – Recife (PE), Brasil.
wayner@cpqam.fiocruz.br

 DOI: 10.1590/0103-110420151040138

Introdução

Com o objetivo de estruturar a assistência à saúde no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) foi originado em 1994, a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) (BRASIL, 2006A), e hoje se constitui em estratégia para a organização da Atenção Básica (AB), visando romper com o modelo de atenção centrado na lógica biomédica que privilegia a assistência hospitalar (SILVEIRA FILHO, 2008). Pretendia-se que a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) reorientasse a forma de atuação das equipes e a organização dos serviços (OLIVEIRA; SALIBA, 2005), consolidando-a nos pequenos e médios municípios e ampliando nos grandes centros urbanos (BRASIL, 2006B).

Em 28 de março de 2006, foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria n.º 648, que visava reforçar os objetivos da ESF, quais sejam: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde; efetivar a integralidade, seja através da articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação ou pelo trabalho interdisciplinar e em equipe; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação, entre outros (BRASIL, 2006A). Além disso, a portaria traz os princípios e diretrizes gerais da AB, as responsabilidades dos níveis de gestão, as atribuições dos profissionais e os critérios para implantação e credenciamento das equipes. Atualmente, a ESF é regulada pela portaria n.º 2488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011).

Contudo, apesar da normatização estabelecida, a implantação da ESF está na dependência de processos políticos, institucionais, técnicos e organizativos, próprios de cada município, o que gera grande diversidade no seu funcionamento (DENIS; CHAMPAGNE, 1997), principalmente, quanto à estrutura das unidades, vínculo e qualificação dos recursos humanos, bem como o processo de trabalho das equipes. Acredita-se que a maior adesão à ESF ainda ocorra nos municípios de pequeno e médio porte (UCHOA *ET AL.*, 2011), entretanto, a sua implantação não ocorre da mesma forma nos municípios de diferentes portes populacionais (HENRIQUE; CALVO, 2009).

Muitas dificuldades enfrentadas para a implantação das equipes e a manutenção das condições de trabalho adequadas são decorrência da má distribuição dos recursos financeiros, influenciada pelo poder político e porte populacional dos municípios. Investimentos, como o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), destinado aos municípios com população acima de 100 mil habitantes, possibilitaram que estes expandissem a sua rede. No caso dos municípios de menor porte populacional e de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), essa expansão ocorreu devido ao maior valor *per capita* de recursos transferidos do Ministério da Saúde para a AB, superior ao dos municípios de grande porte, conforme a Portaria n.º 650/GM, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006C).

Alguns desses problemas foram evidenciados por Tanaka (2011), segundo o qual, a implantação da ESF em municípios de pequeno porte encontrou, inicialmente, facilidades operacionais, embora, em médio prazo, tenha apresentado problemas quanto à fixação do profissional médico; e, nos municípios de grande porte, houve a dificuldade de adscrição da clientela e o frágil reconhecimento como porta de entrada do sistema de saúde. Além disso, outros estudos (VIANA *ET AL.*, 2008; PINTO; MENEZES; VILLA, 2010) constataram a infraestrutura precária das unidades de saúde, com problemas que vão desde a falta de unidades de saúde próprias às condições de apoio diagnóstico e terapêutico (equipamentos, medicamentos e insumos básicos).

A temática da avaliação tem sido bastante utilizada para estudar esses e outros aspectos relacionados à ESF. Uma metodologia

muito útil, seja para tomada de decisão ou para pesquisa científica, é a avaliação de qualidade, proposta por Donabedian (1988), cujos componentes básicos são: Estrutura, Processo e Resultado, sendo a estrutura, foco deste trabalho, o componente que representa as características relativamente estáveis, como os recursos materiais, humanos e organizacionais. Esse enfoque facilita e permite a melhor sistematização do processo de avaliação (SAMICO *ET AL.*, 2010), além de apresentar uma boa compatibilidade com os programas e serviços de saúde (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

Starfield (2002) propôs um modelo para avaliar os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) que valoriza a estrutura como um dos componentes para análise do sistema de serviços de saúde. A estrutura corresponde aos recursos necessários para oferecer os serviços, entre eles, a análise de pessoal, que considera a educação e o treinamento de todos os envolvidos na prestação de serviços, e a análise da instalação e dos equipamentos, que inclui o prédio e os componentes físicos da instalação.

Assim, considerando a estrutura um aspecto relevante na assistência à saúde da população, que pode variar de acordo com o porte populacional do município, este artigo tem como objetivo avaliar a estrutura das Equipes de Saúde da Família (EqSF) do estado de Pernambuco, por porte populacional, no ano de 2009.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, no qual foi analisada a estrutura das EqSF do estado de Pernambuco, através da utilização do banco de dados da pesquisa 'Atenção Primária à Saúde no estado de Pernambuco: avaliação do período 1997-2006 segundo modelo de gestão dos municípios', realizada no ano de 2009, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital MCT/CNPq Universal n.º. 15/2007, faixa B e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/Fiocruz n.º 129/2008, em 04 de dezembro de 2008.

O estado de Pernambuco está dividido em 185 municípios. Segundo estimativas censitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para 2009, ano de realização das entrevistas, Pernambuco tem uma população de 8.810.318 habitantes, sendo que 89,2% são cobertos pela APS, entendida aqui como o serviço desenvolvido pelas Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) que possuem população cadastrada e acompanhada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a elas vinculados.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Departamento de Informação do Ministério da Saúde (Datasus), o estado contava com 1.848 EqSF, à época da realização da pesquisa.

Dos 185 municípios, apenas 10 possuem mais de 100 mil habitantes e tiveram acesso a recursos para na estruturação da ESF, através do Proesf, podendo desenvolver mecanismos de capacitação dos profissionais de forma autônoma, de melhoria das condições de trabalho das unidades, compra de equipamentos etc. Os demais municípios contam apenas com os recursos repassados para o fundo municipal de saúde, a título do Piso da Atenção Básica ou dos incentivos para EqSF, ACS ou Equipes de Saúde Bucal (EqSB).

A população do estudo foi composta pelas EqSF do estado de Pernambuco. Uma amostra foi calculada para estimar uma proporção de 90% (valor esperado para o prontuário familiar), com erro absoluto de 5% e grau de confiança de 95%, obtendo-se, assim, 129 equipes. Considerando uma perda amostral de 15%, a amostra final totalizou 152 equipes. Durante a realização da pesquisa, as EqSF foram sorteadas aleatoriamente, respeitando-se a proporção de equipes por porte populacional e por município, o que resultou na aplicação de 154 questionários,

em 24 municípios do estado. Assim, deveriam ser aplicados 55 questionários nos municípios de grande porte, 69 nos municípios de médio e 30 naqueles de pequeno porte.

Foi selecionado um informante-chave de cada equipe para responder ao questionário, devido, em muitos casos, à dificuldade de paralisar o turno de atendimento da equipe. Entretanto, foi necessário que esse informante apresentasse alguns critérios, como ser integrante da equipe há, pelo menos, um ano e conhecer as atividades desenvolvidas, garantindo, assim, uma maior qualidade das informações.

Foi aplicado um questionário piloto, inicialmente, em uma equipe selecionada intencionalmente, pela facilidade de contato e disponibilidade das equipes em respondê-lo. O teste piloto é de grande importância na detecção de inconsistências e ajustes no instrumento de coleta. A adaptação, a correção e a identificação de alguns aspectos relativos à estrutura oferecida às equipes favoreceram uma avaliação mais fidedigna do modelo de atenção desenvolvido pelas EqSF.

Utilizaram-se questionários estruturados, que, posteriormente, foram digitados no programa Epi Info versão 3.5.3, formando-se, então, um banco de dados com informações sobre as EqSF participantes.

Para efeitos deste trabalho, as variáveis foram divididas em dois componentes: estrutura e recursos humanos. O componente estrutura é composto pelos eixos: a) instrumentos e equipamentos; b) materiais educativos; c) condições dos espaços físicos das unidades; d) vacinas; e) medicamentos essenciais. O componente recursos humanos subdivide-se em: a) composição da equipe; b) capacitação/educação em saúde; c) vínculo dos profissionais.

No eixo referente aos instrumentos e equipamentos, verificou-se a presença dos seguintes itens: estetoscópio, tensiômetro, otoscópio, oftalmoscópio, termômetro, lanterna clínica, foco, aparelho aerossol/nebulizador, balança adulto, balança infantil, material para pequenas cirurgias, material para retirar pontos, glicosímetro, estetoscópio de *pinard*, sonar *doplller*, geladeira para vacina, régua antropométrica, caixa térmica ou isopor, mesa ginecológica e outras. No eixo dos materiais educativos, verificou-se a disponibilidade de cartazes e folhetos, álbum seriado, lápis *pilot*, pincéis, tintas, TV, DVD, vídeos e outros. Nos espaços da unidade, foram observadas a existência e as condições da sala de procedimentos básicos, sala de curativo exclusiva, sala de vacina exclusiva, sala para guarda e dispensação de medicamento, consultório para assistência clínica, consultório equipado para exame Papanicolau, banheiro para usuário, banheiro para funcionário, local para reunião e copa. Com relação às vacinas, observou-se a presença de BCG, antipólio, tríplice/DTP, tríplice viral/MMR, toxóide tetânico, tetravalente (DTP+Hib), anti-hepatite B, DT Adulto, rotavirus e outras. Por fim, sobre os medicamentos essenciais, analisou-se a disponibilidade de antibióticos, antianêmicos, contraceptivos, anti-hipertensivos, vitamina A, antitérmicos, analgésicos, anti-inflamatórios, broncodilatadores, antiparasitários, antieméticos, hipoglicemiantes orais, antimicóticos, soro reidratante e insulina.

O eixo relativo aos recursos humanos abordou a composição da equipe mínima, a capacitação e a educação em saúde, como treinamento introdutório ao saúde da família, curso de aperfeiçoamento, especialização, residência, mestrado ou doutorado em saúde pública, treinamento nas áreas AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância), diabetes, hipertensão, DST/Aids, hanseníase, tuberculose, saúde do trabalhador e saúde da mulher. Também foi abordada a forma de vínculo dos profissionais das equipes.

Para a análise dos dados por porte populacional, foram utilizadas informações demográficas. Para isso, foram coletadas informações do IBGE referentes à população residente no ano de estudo. Para este estudo,

considerou-se município de pequeno porte aquele com menos de 20 mil habitantes; médio porte, o município que possui entre 20 mil e 100 mil habitantes; e o município com mais de 100 mil habitantes foi considerado de grande porte.

Para se analisar as variáveis do estudo com o porte populacional, levou-se em consideração que a distribuição dos questionários aplicados nos municípios foi baseada na proporção de EqSF existentes em Pernambuco, por porte populacional. Entretanto, ao final da coleta dos dados, devido às limitações técnicas e financeiras para visitas a alguns municípios, observou-se uma diferença entre os percentuais de questionários que deveriam ser aplicados e aqueles realmente aplicados. Com isso, a fim de corrigir esse percentual, foi calculado um fator de ponderação, dividindo-se, para cada porte populacional, a proporção de questionários calculados pela proporção de questionários aplicados (*tabela 1*). Esse fator foi de grande importância na apresentação dos resultados, a fim de que o total fosse expresso com a devida correção.

Tabela 1. Distribuição das Equipes de Saúde da Família dos municípios do estado de Pernambuco, Brasil (agosto de 2008), por porte populacional, segundo questionários aplicados e fator de correção

Porte populacional dos municípios	ESF em PE		Questionários previstos	Questionários aplicados		Fator de ponderação
	N	%	N	N	%	
Grande	652	35,3	55	71	46,1	**0,77**
Médio	832	45,0	69	55	35,7	**1,26**
Pequeno	364	19,7	30	28	18,2	**1,08**
Total	1848	100,0	154	154	100,0	

Fonte: Elaboração própria

Os resultados obtidos foram representados na forma de frequências e percentuais, em planilhas eletrônicas do *software Microsoft Excel (Windows)*. A análise dos dados também permitiu verificar diferenças entre a estrutura disponível pelas equipes e o porte populacional dos municípios. Para isso, utilizou-se o teste Qui-quadrado e o teste exato de *Fisher* para comparar as proporções entre esses três estratos, utilizando o programa Epi Info, versão 6.04.

Resultados

A análise dos equipamentos básicos disponíveis para as EqSF evidenciou a ausência de alguns materiais em muitas equipes, como a lanterna clínica (31,4%), o oftalmoscópio (7,5%) e material para pequenas cirurgias (20,4%). Na análise de distribuição por porte, alguns equipamentos apresentaram-se com uma menor frequência em municípios de pequeno porte (otoscópio e régua antropométrica), o foco mostrou-se em menor quantidade nos municípios de médio porte e a balança infantil nos municípios de grande porte, todos com diferença estatisticamente significativa (*tabela 2*).

Com relação aos materiais educativos, constatou-se que cartazes/folhetos (94,6%) e álbum seriado (87%) estiveram presentes na maior parte das equipes (*tabela 2*). Entretanto, materiais lúdicos, como lápis piloto, pincéis e tintas (57,6%), além de materiais de maior custo, como TV, DVD e vídeos (26,3%), demonstraram uma menor disponibilidade pelas equipes. Percebe-se, também, a realidade de cada município ao se comparar que a disponibilidade de recursos mais modernos

(como TV, DVD e vídeos) esteve mais relacionada aos municípios de grande porte (p=0,000), enquanto os recursos de menor custo (como lápis, pincéis e tintas) mostraram-se mais frequentes nos municípios de pequeno porte, sem diferença significativa (p=0,069).

Tabela 2. Distribuição das Equipes de Saúde da Família dos municípios do estado de Pernambuco por porte populacional, segundo instrumentos, materiais educativos e espaço físico, 2009

INSTRUMENTOS/ EQUIPAMENTOS	TOTAL (154)		GP (71)		MP (55)		PP (28)		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Estetoscópio	152,5	99,0	69	97,2	55	100,0	28	100,0	0,668
Tensiômetro	153,2	99,5	70	98,6	55	100,0	28	100,0	1,000
Otoscópio	106,9	69,4	57	80,3	39	70,9	13	46,4	0,004
Oftalmoscópio	11,5	7,5	7	9,9	4	7,3	1	3,6	0,566
Termômetro	150,2	97,5	71	100,0	52	94,5	28	100,0	0,084
Lanterna clínica	48,3	31,4	21	29,6	17	30,9	10	35,7	0,837
Foco	128,8	83,6	64	90,1	41	74,5	26	92,9	0,023
Aparelho aerossol/nebulizador	138,9	90,2	59	83,1	52	94,5	26	92,9	0,097
Balança adulto	148,4	96,4	67	94,4	53	96,4	28	100,0	0,424
Balança infantil	145,7	94,6	63	88,7	55	100,0	26	92,9	0,039
Material de pequenas cirurgias	31,4	20,4	13	18,3	11	20,0	7	25,0	0,756
Material para retirar pontos	137,2	89,1	62	87,3	48	87,3	27	96,4	0,378
Glicosímetro	147,1	95,5	65	91,5	54	98,2	27	96,4	0,229
Estetoscópio de Pinard	95,6	62,1	51	71,8	32	58,2	15	53,6	0,136
Sonar Dopller	131,9	85,6	60	84,5	45	81,8	27	96,4	0,183
Geladeira para vacina	149,8	97,3	70	98,6	54	98,2	26	92,9	0,242
Régua antropométrica	144,0	93,5	70	98,6	52	94,5	23	82,1	0,007
Caixa térmica ou isopor	150,6	97,8	71	100,0	54	98,2	26	92,9	0,040
Mesa ginecológica	137,5	89,3	61	85,9	48	87,3	28	100,0	0,116
Outras	9,6	6,3	6	8,5	4	7,3	0	0,0	0,294
MATERIAIS EDUCATIVOS									
Cartazes e folhetos	144,8	94,6	67	95,7	51	92,7	27	96,4	0,689
Álbum seriado	133,2	87,0	61	87,1	48	87,3	24	85,7	0,978
Lápis pilot, pincéis, tintas	88,1	57,6	44	62,9	26	47,3	20	71,4	0,069
TV, DVD e vídeos	40,2	26,3	33	47,1	5	9,1	8	28,6	0,000
ESPAÇOS DA UNIDADE									
Sala de procedimentos básicos	86,0	55,9	30	42,6	32	58,0	21	76,7	0,009
Sala de curativo exclusiva	74,3	48,2	25	35,2	30	55,1	16	56,7	0,042
Sala de vacina exclusiva	115,5	75,5	49	70,0	43	78,3	22	80,0	0,501
Sala para guarda e dispensação de medicamento	101,8	66,1	45	63,0	38	69,6	18	63,3	0,789
Consultório para atend. clínico	123,9	80,4	54	75,9	44	79,7	25	90,0	0,335
Consultório equipado para exame Papanicolau	100,2	65,1	49	68,5	30	55,1	23	83,3	0,034
Banheiro para usuário	106,4	69,1	47	66,7	37	68,1	22	80,0	0,465
Banheiro para funcionário	103,4	67,1	47	66,7	38	69,6	18	63,3	0,895
Local para reunião (máx 2 km)	74,1	48,1	30	42,6	26	46,4	17	60,0	0,253
Copa	81,5	52,9	37	51,9	31	56,5	13	46,7	0,688

Fonte: Elaboração própria

GP = Grande Porte, MP = Médio Porte, PP = Pequeno Porte

OBS 1: Os totais apresentados (N e %) estão corrigidos pelo fator de ponderação

OBS 2: Quando houve valores perdidos (*missing*), os mesmos foram considerados no cálculo dos percentuais

A respeito da estrutura física, as equipes foram questionadas sobre a existência e as condições dos espaços nas unidades. Observa-se, na *tabela 2*, que a maior parte dos espaços estava presente e em boas condições de uso. Porém, a sala de curativo exclusiva (48,2%), o local para reunião (48,1%), a copa (52,9%) e a sala de procedimentos básicos (55,9%) foram áreas das unidades citadas com menor frequência pelas equipes.

Considerando as vacinas (*tabela 3*) como elementos essenciais às ações básicas de prevenção de doenças, nota-se que existem poucas unidades com déficits de vacinas importantes. A vacina menos citada como disponível em quantidade suficiente foi o toxóide tetânico (80,5%). Com relação à distribuição por porte, não se observou diferença significativa entre os municípios. Vacinas como a antirrábica e a dupla viral, apesar de não constarem no questionário, foram relatadas pelos profissionais das equipes e, assim, registradas no item 'outras'.

Tabela 3. Distribuição das Equipes de Saúde da Família dos municípios do estado de Pernambuco por porte populacional, segundo disponibilidade de vacinas e medicamentos essenciais, 2009

VACINAS	TOTAL (153)		GP (71)		MP (55)		PP (28)		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
BCG	149,0	96,8	69	97,2	54	98,2	26	92,9	0,339
Antipólio	154,0	100,0	71	100,0	55	100,0	28	100,0	1,000
Tríplice/DTP	152,7	99,2	71	100,0	54	98,2	28	100,0	0,539
Tríplice Viral/MMR	152,9	99,3	71	100,0	55	100,0	27	96,4	0,182
Toxóide Tetânico	124,0	80,5	53	74,6	49	89,1	20	71,4	0,075
Tetravalente (DTP+Hib)	150,2	97,5	71	100,0	52	94,5	28	100,0	0,084
Anti-Hepatite B	154,0	100,0	71	100,0	55	100,0	28	100,0	1,000
DT Adulto	152,7	100,0	71	100,0	54	100,0	28	100,0	1,000
Rotavírus	150,9	98,0	70	98,6	54	98,2	27	96,4	0,771
Outras	39,8	25,9	16	22,5	15	27,3	8	28,6	0,753
MEDICAMENTOS ESSENCIAIS									
Antibióticos	98,8	64,6	46	65,7	35	63,6	18	64,3	0,970
Antianêmicos	124,6	81,4	50	71,4	47	85,5	25	89,3	0,058
Contraceptivos	130,3	85,2	53	75,7	48	87,3	27	96,4	0,028
Anti-hipertensivos	113,2	74,0	41	58,6	46	83,6	22	78,6	0,006
Vitamina A	120,3	78,6	47	67,1	48	87,3	22	78,6	0,030
Antitérmicos	131,3	85,8	54	77,1	49	89,1	26	92,9	0,074
Analgésicos	125,4	81,9	51	72,9	47	85,5	25	89,3	0,090
Anti-inflamatórios	98,1	64,1	42	60,0	36	65,5	19	67,9	0,709
Broncodilatadores	102,6	67,1	50	71,4	33	60,0	21	75,0	0,269
Antiparasitários	120,6	78,8	53	75,7	42	76,4	25	89,3	0,302
Antieméticos	108,8	71,1	47	67,1	38	69,1	23	82,1	0,323
Hipoglicemiantes orais	122,5	80,1	48	68,6	50	90,9	21	75,0	0,011
Antimicóticos	96,2	64,1	44	65,7	35	63,6	17	60,7	0,898
Soro reidratante	129,2	84,4	56	80,0	47	85,5	25	89,3	0,481
Insulina	30,4	20,0	10	14,5	12	21,8	7	25,0	0,398

Fonte: Elaboração própria

GP = Grande Porte, MP = Médio Porte, PP = Pequeno Porte

OBS 1: Os totais apresentados (N e %) estão corrigidos pelo fator de ponderação

OBS 2: Quando houve valores perdidos (missing), os mesmos foram considerados no cálculo dos percentuais

Também foi possível constatar que determinados medicamentos, os quais não poderiam faltar nas USF, não estavam disponíveis ou encontravam-se em quantidade insuficiente para a demanda da equipe, como, por exemplo, antibióticos, anti-inflamatórios e broncodilatadores, presentes em quantidade suficiente em apenas 64,6%, 64,1% e 67,1% das equipes, respectivamente (*tabela 3*). Vale ressaltar que alguns medicamentos, como contraceptivos, anti-hipertensivos, vitamina A e hipoglicemiantes orais, foram encontrados em menor frequência nos municípios de grande porte quando comparados com os municípios de médio e pequeno porte.

A *tabela 4* mostra um consolidado dos eixos – equipamentos, materiais educativos, espaços da unidade, vacinas e medicamentos essenciais – apresentados anteriormente nas *tabelas 2* e *3*. Pode-se constatar que a maioria das equipes apresentou disponibilidade mínima de dois materiais educativos (89,6%) e presença de todas as vacinas necessárias para a população (74,3%). Entretanto, 17,5% das equipes demonstraram dificuldades em disponibilizar o quantitativo mínimo de materiais/instrumentos/equipamentos, e 32,9% possuíam os medicamentos essenciais em quantidade suficiente. Com relação aos espaços físicos, 55,7% das equipes afirmaram estarem em boas condições de uso, sendo essa condição mais frequente nos municípios de pequeno porte, quando comparada à daqueles de grande porte (p=0,032).

Constatou-se, ainda na *tabela 4*, que 61,7% das equipes cumpriram, pelo menos, 3 dos 5 eixos (equipamentos, materiais educativos, espaço físico, vacinas e medicamentos), sendo as equipes dos municípios de pequeno porte as que apresentaram um maior percentual de cumprimento, comparadas com as equipes dos municípios de grande porte (p=0,000). Ao se avaliar o cumprimento de todos os eixos do componente estrutura, apenas 5,6% das EqSF de Pernambuco cumpriram 100%, sem diferença estatística significativa.

Tabela 4. Distribuição das Equipes de Saúde da Família do estado de Pernambuco segundo critérios avaliativos do componente estrutura, por porte populacional, 2009

COMPONENTE ESTRUTURA	TOTAL (154)		GP (71)		MP (55)		PP (28)		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Equipes que possuem, pelo menos, 90% dos instrumentos/ equipamentos	27,0	17,5	15	21,1	8	14,5	5	17,9	0,636
Equipes que possuem, no mínimo, 2 materiais educativos	137,9	89,6	66	93,0	47	85,5	26	92,9	0,325
Equipes que possuem, pelo menos, 70% da estrutura física em boas condições de uso	85,7	55,7	31	43,7	32	58,2	20	71,4	0,032
Equipes que possuem 100% das vacinas em quantidade suficiente	114,5	74,3	50	70,4	45	81,8	18	64,3	0,173
Equipes que possuem, pelo menos, 90% dos medicamentos essenciais em quantidade suficiente	50,7	32,9	26	36,6	15	27,3	11	39,3	0,432
Equipes que cumprem 3 dos critérios acima	**95,0**	**61,7**	**29**	**40,8**	**38**	**69,1**	**23**	**82,1**	**0,000**
Equipes que cumprem todos os critérios acima	**8,6**	**5,6**	**2**	**2,8**	**3**	**5,5**	**3**	**10,7**	**0,279**

Fonte: Elaboração própria

GP = Grande Porte, MP = Médio Porte, PP = Pequeno Porte

OBS 1: Os totais apresentados (N e %) estão corrigidos pelo fator de ponderação

OBS 2: Quando houve valores perdidos *(missing)*, os mesmos foram considerados no cálculo dos percentuais

Na análise do componente relativo aos recursos humanos (*tabela 5*), observou-se que 83,6% das equipes apresentavam-se completas, com composição mínima de 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem e 4 a 12 ACS. Com relação à capacitação/educação em saúde dos profissionais, constatou-se que 63,9% dos profissionais que participaram da pesquisa possuíam treinamento introdutório em saúde da família, 53,8% possuíam algum curso na área de saúde pública/saúde da família e 73,9% possuíam treinamento em, pelo menos, 4 das áreas citadas. Ressalta-se que o percentual de equipes com treinamento introdutório foi maior nos municípios de grande porte, quando comparadas às dos municípios de médio e pequeno porte (p=0,002). O percentual de equipes com cursos na área de saúde pública/saúde da família e treinamento nas áreas básicas também foi maior nos municípios de grande porte, no entanto, sem demonstrar diferença estatística significativa.

Com relação ao vínculo dos profissionais, constatou-se que apenas 24,1% dos profissionais entrevistados foi por concurso público, principalmente nos municípios de grande porte, comparados aos de médio porte (p=0,001).

Por fim, observou-se que 65,6% das equipes de Pernambuco apresentaram cumprimento de, pelo menos, 3 dos 5 eixos do componente recursos humanos, e que apenas 5,4% das equipes cumpriam todos os eixos desse componente (*tabela 5*). Em ambos os casos, os municípios de grande porte apresentaram melhores resultados quando comparados aos municípios de médio e pequeno porte.

Tabela 5. Distribuição das Equipes de Saúde da Família do estado de Pernambuco segundo critérios avaliativos do componente recursos humanos, por porte populacional, 2009

COMPONENTE RECURSOS HUMANOS	TOTAL (154)		GP (71)		MP (55)		PP (28)		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Equipe mínima completa	128,8	83,6	59	83,1	44	80,0	26	92,9	0,317
Possui treinamento introdutório ao Saúde da Família?	96,4	63,9	57	81,4	29	53,7	15	55,6	0,002
Possui curso de aperfeiçoamento, especialização, residência, mestrado ou doutorado em saúde pública?	82,9	53,8	44	62,0	27	49,1	14	50,0	0,293
Possui treinamento em áreas estratégicas?	110,8	73,9	52	76,5	40	74,1	19	67,9	0,858
Forma de vínculo 'concurso' dos profissionais da equipe	36,4	24,1	28	41,2	5	9,1	8	28,6	0,001
Equipes que cumprem 3 dos critérios acima	**101,0**	**65,6**	**58**	**81,7**	**32**	**58,2**	**15**	**53,6**	**0,004**
Equipes que cumprem todos os critérios acima	**8,3**	**5,4**	**8**	**11,3**	**0**	**0,0**	**2**	**7,1**	**0,039**

Fonte: Elaboração própria

GP = Grande Porte, MP = Médio Porte, PP = Pequeno Porte

OBS 1: Os totais apresentados (N e %) estão corrigidos pelo fator de ponderação

OBS 2: Quando houve valores perdidos (missing), os mesmos foram considerados no cálculo dos percentuais

OBS 3: Considerou-se o mínimo de 4 áreas estratégicas (AIDPI; Diabetes; Hipertensão; DST/Aids; Hanseníase; Tuberculose; Saúde do Trabalhador; Saúde da Mulher)

Discussão

Componente estrutura

A análise da estrutura disponível nas EqSF de Pernambuco demonstrou a presença de instrumentos e equipamentos importantes, como estetoscópio, tensiômetro, termômetro, balança adulto, glicosímetro, geladeira para vacina, entre outros, mas também a ausência de itens importantes para o desenvolvimento do trabalho, como lanterna clínica,

oftalmoscópio e material para pequenas cirurgias, os quais, segundo o manual de estrutura física das UBS (BRASIL, 2008), são imprescindíveis para o funcionamento de uma UBS com EqSF. O relatório de avaliação da implantação e do funcionamento do PSF, publicado pelo Ministério da Saúde, em 1999 (BRASIL, 1999), constatou a pouca disponibilidade de oftalmoscópio (14,6%), glicosímetro (29,7%), sonar doppler (44,9%), lanterna (52,2%), material para pequenas cirurgias (56,6%), entre outros, pouco disponíveis até os dias de hoje, como se pode observar no presente estudo.

Outros autores também constataram a pouca disponibilidade desses itens, como Moura *et al.* (2010), que, ao caracterizarem a modalidade de organização da atenção primária em dois municípios do estado da Bahia, observaram que menos de 50% das unidades de saúde do município A possuíam tensiômetro infantil, otoscópio, lanterna, oftalmoscópio, materiais para pequenas cirurgias, entre outros. No município B, além dos citados, menos da metade das USF apresentava glicosímetro com fitas e nenhuma possuía oftalmoscópios e equipamentos audiovisuais. Rocha *et al.* (2012), ao avaliarem o desempenho da ESF no município de Campina Grande (PB), observaram que 90% das unidades não dispunham nem de oftalmoscópio nem de lanterna; 60%, 35% e 5% não possuíam negatoscópio, otoscópio e glicosímetro, respectivamente.

Algumas dessas dificuldades também foram encontradas por Pinto, Menezes e Villa, (2010) ao analisarem as situações de trabalho vivenciadas pelos profissionais da ESF do município de Ceará-Mirim (RN), onde 86,8% dos profissionais indicaram não ter disponibilidade de equipamentos e instrumentos.

A disponibilidade de materiais educativos pelas equipes variou conforme o tipo de material e o porte populacional do município. Os recursos de maior custo (como TV, DVD e vídeos) estavam mais associados aos municípios de grande porte, e os materiais de menor custo mais frequentes nos municípios de pequeno porte, evidenciando a influência do recurso financeiro dos municípios sobre o tipo de atividade educativa desenvolvida. Esses fatores influenciam a qualidade da atenção aos usuários, uma vez que podem dificultar a realização de atividades de promoção à saúde, prevenção de agravos e comprometer a continuidade do cuidado (MOURA *ET AL.*, 2010). Entretanto, pode-se evidenciar que a disponibilidade dos materiais educativos melhorou ao longo dos anos, tendo em vista que, em 1999, a avaliação do PSF (BRASIL, 1999) constatou que apenas 27,3% das equipes dispunham desse tipo de material em quantidade suficiente.

Com relação aos espaços das unidades, apesar de muitos ambientes terem sido citados com maior frequência, a sala de curativo exclusiva e o local para reunião foram citados por menos da metade das equipes como existentes e em boas condições de uso. Outros autores mostram a disponibilidade de sala de espera, consultórios, cozinha, sala de vacina, farmácia e sala para cuidados de enfermagem, porém, a sala de espera, recepção/arquivo, sala para cuidados de enfermagem e sala de vacinação foram as que tiveram maior quantidade de parâmetros inadequados (ROCHA *ET AL.*, 2012). Também é evidente a ausência de sala de reunião em grande parte das unidades, o que pode dificultar a realização de atividades coletivas com a comunidade e a articulação das práticas de avaliação e planejamento entre os profissionais (MOURA *ET AL.*, 2010).

A existência de vacinas em quantidade suficiente foi outro aspecto verificado nesse estudo, evidenciando boa disponibilidade nas UBS, diferente dos achados da avaliação realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1999), onde vacinas como BCG, anti-hepatite B, toxóide tetânico, tríplice viral e DT infantil eram disponibilizadas por 76,3%, 75,3%, 64,6%, 64,3% e 38,3% das equipes, respectivamente.

Com relação aos medicamentos essenciais, constatou-se uma menor disponibilidade, visto que apenas 32,9% das equipes possuíam mais de 90% dos itens avaliados. O estudo de Rocha *et al.* (2012) demonstra semelhanças ao constatar que 75% e 20% das unidades pesquisadas não dispunham de cobertura vacinal para a BCG e para a dupla viral, respectivamente. Entre os fármacos que deveriam estar disponíveis, os que mais faltaram foram: diclofenaco de potássio (95%), aminofilina e nistatina creme vaginal (90%), cimetidina (75%), neomicina com bacitracina (75%) e ampicilina (55%). Em Ceará-Mirim (RN), 83,2% dos profissionais relataram como principal dificuldade para o desempenho das suas atividades a indisponibilidade de medicamentos (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

Cabe ressaltar que a Portaria n.º 2.488 ainda destaca, entre as responsabilidades atribuídas às secretarias municipais de saúde: "garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e para a execução do conjunto de ações propostas" (BRASIL, 2011), o que não foi observado neste estudo, principalmente ao se constatar que apenas 5,6% das EqSF de Pernambuco cumpriram 100% do componente estrutura, o qual aponta os itens mínimos apresentados pelas equipes para o desenvolvimento adequado das ações de saúde.

Componente recursos humanos

O componente recursos humanos analisou, inicialmente, a completude das EqSF, e constatou que 16,4% delas funcionavam sem a composição mínima estabelecida na Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011). Segundo esse documento, a equipe multiprofissional deve ser composta por, no mínimo: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, podendo acrescentar a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

Na análise do componente recursos humanos, ficou evidente a relação entre a qualificação dos profissionais e o porte populacional dos municípios, principalmente quando se trata do treinamento introdutório, mais frequente nos municípios de grande porte. Esse achado confirma o maior acesso das equipes de municípios mais desenvolvidos aos cursos de capacitação e ao treinamento em saúde.

Os próprios profissionais reconhecem a importância da equipe com perfil e formação em saúde pública ou em AB, aspecto mencionado por 93,2% dos profissionais de saúde da família do município de Ceará-Mirim (RN), como facilitador do desenvolvimento das ações em saúde (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010). Além disso, outro fator que dificulta a consolidação da ESF está relacionado à formação acadêmica tradicional que esses profissionais receberam durante seus cursos de graduação, baseados em modelos flexnerianos, com currículo rígido e pouco conectado com a realidade da população (SANTOS; CUTOLO, 2003).

A estabilidade dos profissionais através do vínculo foi outro aspecto que se mostrou deficiente, pois apenas 24,1% dos profissionais que participaram da pesquisa referiram como seu vínculo o concurso público. Esse fato é confirmado por outros estudos que apontam a precariedade de vínculos e a oferta de empregos no setor privado como os principais problemas a serem enfrentados pelos gestores, o que compromete os laços de compromisso e corresponsabilidade entre profissionais de saúde e população (PINTO, 2008).

Diante das dificuldades relativas à qualificação e ao vínculo dos profissionais das EqSF, a Portaria n.º 2.488 (2011) afirma, em

seu artigo I, parágrafo VI, que é responsabilidade comum a todas as esferas de governo:

> Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários. (BRASIL, 2011).

Uma das limitações deste estudo refere-se ao seu desenho do tipo transversal, o qual não permite estabelecer relações entre causa e efeito, o que limita a interpretação dos resultados. Outra limitação refere-se ao fato de que as informações utilizadas para se avaliar as equipes eram autorreferidas, não sendo possível, assim, comprovar a veracidade das informações fornecidas, tendo em vista que as informações não eram complementadas pelos pesquisadores através da observação *in loco* da unidade.

Por fim, alguns autores afirmam que não é possível dizer se os aparatos institucionais de apoio às equipes – como educação permanente e gestão do trabalho, incluindo, aí, vínculos empregatícios – e a infraestrutura das unidades de saúde se diferenciam entre os municípios (SARTI *ET AL.*, 2012).

Entretanto, Henrique e Calvo (2009), avaliando o grau de implantação de municípios catarinenses, demonstraram que os municípios menores apresentaram-se mais bem classificados quanto à estrutura, onde a proporção de municípios com até 20 mil habitantes, nas categorias bom e médio, foi significativamente maior do que a proporção dos demais municípios, o que se assemelha bastante aos resultados encontrados no presente estudo. Esses autores explicam que houve uma tendência inicial de implantação do programa em áreas menos assistidas, caracterizadas por serem municípios de pequeno ou médio porte, onde o incentivo financeiro ao PSF tinha grande poder de indução da política de saúde (HENRIQUE; CALVO, 2009).

Assim, esperava-se que as equipes dos municípios de grande porte apresentassem melhores resultados devido aos investimentos do Proesf, destinados aos municípios com população acima de 100 mil habitantes. Esses municípios apresentaram melhores resultados na avaliação do componente recursos humanos, possivelmente devido ao seu maior acesso à qualificação. Como os municípios de menor porte populacional apresentam maior valor *per capita* de recursos para a AB, quando comparado ao valor do incentivo dos municípios de grande porte (BRASIL, 2006C), talvez isso explique o melhor desempenho dos municípios de menor porte na avaliação do componente estrutura.

Conclusão

Constataram-se, através desse estudo, algumas dificuldades vivenciadas pelas EqSF do estado de Pernambuco. A análise do componente estrutura evidenciou que a maioria das equipes dispõe de materiais educativos e vacinas. Entretanto, poucas equipes possuíam a relação dos instrumentos/equipamentos básicos necessários à assistência à saúde da população. Os espaços das unidades mostraram que poucas delas dispõem de local para reunião.

A avaliação geral constatou que pouco mais da metade das equipes cumpre mais de 50% dos eixos do componente estrutura, com destaque para os municípios de pequeno porte, e apenas 5,6% cumprem todos os requisitos, o que demonstra a falta de investimento na manutenção das unidades e na aquisição de materiais, insumos, instrumentos e equipamentos, fundamentais para a prestação de uma assistência de qualidade para a população.

Com relação ao componente recursos humanos, os municípios de grande porte

apresentaram melhores resultados, principalmente quanto ao vínculo dos profissionais e ao treinamento introdutório ao saúde da família.

Dessa forma, é necessário investir na estrutura física das USF dos municípios de grande porte, assim como na qualificação e no reforço do vínculo dos profissionais dos municípios de médio e pequeno porte, a fim de reduzir muitas das diferenças encontradas na ESF do estado de Pernambuco. ■

Referências

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. *Avaliação de programas e serviços sociais*. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família*: relatório preliminar. Brasília, DF, 1999, 72 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM, n.º 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [internet]. *Diário Odicial [da] União*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] União Brasília*, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 650/GM, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial [da] União Brasília* Brasília, DF, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde*: saúde da família. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão. Brasília, DF, 2006b.

DENIS, J.; CHAMPAGNE. F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em saúde*: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, Chicago, v. 260, p.1743-1748, 1988.

HENRIQUE, F; CALVO, M. C. M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, supl.1, Rio de Janeiro, set./out. 2009.

MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10 supl. 1, p. 69-81, nov. 2010.

OLIVEIRA, J. L. C.; SALIBA, N. A. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 297-302, 2005.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R.M.P.; VILLA, T.C.S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev Esc Enferm USP*. v. 44, n. 3, p. 657-64, 2010.

PINTO, E. S. G. *Dificuldades e/ou facilidades vivenciadas pelos profissionais que compõem a Estratégia de Saúde da Família*. 2008. 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

ROCHA, A. C. D. et al. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. RAS, São Paulo, v. 14, n. 54, abr./jun. 2012.

SAMICO, I. et al. (Org.). Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: *Avaliação em Saúde*: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

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

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. *ACM Arquivos Catarinenses de Medicina*, Santa Catarina, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003.

SILVEIRA FILHO, A. D. Processo de trabalho das equipes multiprofissionais sob a lógica da Estratégia de Saúde da Família: O uso das ferramentas de Saúde da Família na construção do cuidado em saúde. In: MOYSES, S. T.; KRIGER, L.; MOYSES, S. J. *Saúde Bucal das Famílias*: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. *Saúde e Sociedade,* São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

UCHOA, A . C. et al. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1061-1076, 2011.

VIANA, A. L. A. et al. Atenção básica e dinâmica urbana nos grandes municípios paulistas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 79-90, 2008.

Recebido para publicação em março de 2014
Versão final em outubro de 2014
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital MCT/CNPq Universal nº 15/2007, faixa B

Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul

Continuing education in the daily of Primary Care in Mato Grosso do Sul

Jacinta de Fátima Franco Pereira Machado[1], Alessandro Diogo De Carli[2], Vera Lúcia Kodjaoglanian[3], Mara Lisiane de Moraes dos Santos[4]

RESUMO O artigo analisou as ações de Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica em Mato Grosso do Sul, Brasil, na perspectiva de 184 equipes participantes da primeira fase do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), de junho de 2012 a fevereiro de 2013. Entre as ações de Educação Permanente, os cursos presenciais foram mais prevalentes, seguidos por troca de experiência, teleducação, ensino à distância e tutoria/preceptoria, tanto na capital quanto no interior. As ações de planejamento e apoio à gestão foram mais prevalentes na capital. As ações de apoio da gestão estavam diretamente relacionadas com o planejamento e a organização do processo de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE Educação continuada; Saúde da família; Atenção Básica.

ABSTRACT *The article analyzed the actions of Continuing Education in Primary Care in Mato Grosso do Sul, Brazil, from the perspective of 184 participating teams in the first stage of Program for Access and Quality Improvement* (PMAQ)*, from June 2012 to February 2013. Among the actions of Continuing Education, the classroom courses were more prevalent, followed by an exchange of experience, tele-education, distance learning and mentoring / preceptorship, both in the capital and in the country. The planning and management support actions were more prevalent in the capital. The management support actions were directly related to the planning and to the organization of the work process.*

KEYWORDS *Education, Continuing; Family health; Primary Care.*

[1] Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil. *jacintamachado@hotmail.com*

[2] Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil. *alessandrodecarli@hotmail.com*

[3] Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil. *esc.fiocruz@saude.ms.gov.br*

[4] Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) – Campo Grande (MS), Brasil. *maralisi@globo.com*

 DOI: 10.1590/0103-110420151040223

Introdução

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu com a proposta de reestruturar o modelo de atenção à saúde, tendo como centralidade os princípios de universalidade no acesso, equidade e integralidade na atenção, e participação popular na gestão, em contraposição ao modelo de atenção vigente (BRASIL, 1990). Desde a sua criação, em 1990, passou por transformações importantes, visando modificar o desenho e as operações da política de saúde. Recentemente, definiu-se a Atenção Básica (AB) como ordenadora das redes de atenção, equiparando-a aos padrões dos sistemas de saúde de países com sistemas desenvolvidos e aos parâmetros de qualidade e acessibilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) (STARFIELD, 2002; MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003; BRASIL, 2012A).

A partir da definição da Estratégia Saúde da Família (ESF) como coordenadora do cuidado, percebeu-se a insuficiência dos setores de formação em atender as necessidades de qualificação profissional, de modo que valorizasse o potencial educativo do trabalho como fonte de conhecimento e local de aprendizagem significativa. Nesses termos, o Ministério da Saúde reafirmou, através da Portaria GM/MS 1996, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) como uma estratégia educativa para desenvolvimento do SUS (BRASIL, 2007; CECCIM, 2005).

A formulação dessa política baseou-se em ideologias e movimentos de mudança na educação em saúde como resultado de concepções pedagógicas baseadas na pedagogia freireana, mais afeita aos movimentos de mudança nas práticas de atenção à saúde (VALLA; STOTZ, 1994). Incorporou um forte contorno da autonomia intelectual do movimento institucionalista, de modo a imprimir mudanças na gestão (CAMPOS, 2003). Além disso, produziu deslocamentos nos setores de formação a partir da introdução da noção de quadrilátero da Educação Permanente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Entre os desafios reconhecidos pela gestão do SUS, a Educação Permanente dos trabalhadores assumiu relevância, pois apresentou-se como recurso indispensável para ampliar a capacidade de autoavaliação e autogestão, a partir do uso da metodologia problematizadora, que visa reorganizar as práticas a partir das lacunas existentes entre o cenário real e as ideologias do sistema de saúde.

Tais necessidades emergiram no estado do Mato Grosso do Sul, a partir da adesão ao Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família (Proesf) e da percepção da insuficiência dos setores de formação em atender às competências profissionais exigidas para a ESF. Nesse cenário, cuja população soma 2.449.024 habitantes, distribuídos em 79 municípios, a cobertura da ESF alcançou, em 2014, 68,4%, com 541 Equipes de Saúde da Família (EqSF) implantadas. A saúde bucal alcançou 62,99%, com 526 Equipes de Saúde Bucal (EqSB), sediadas em 566 unidades básicas de saúde (IBGE, 2010; BRASIL, 2014A; BRASIL, 2013).

A preocupação em articular a educação dos trabalhadores com a resolubilidade da AB/ESF induziu à elaboração de dois Planos Estaduais de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), no âmbito das Comissões Intergestores Regionais (CIR), com a participação da Comissão de Integração de Ensino e Serviço (Cies), os quais foram homologados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2010; MATO GROSSO DO SUL, 2011). Além da expansão, a preocupação com a qualidade levou o estado a aderir ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), criado em 2011, por meio da Portaria GM/MS 1.654 (BRASIL, 2012B).

Como política indutora da melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde, o PMAQ concluiu o primeiro ciclo de avaliações em 2013, junto às EqSF e equipes de AB parametrizadas que aderiram ao programa. Previu a realização de processos indutores de melhores resultados das equipes de saúde em associação às gestões municipais, estaduais e federal, com o intuito de proporcionar melhoria no acesso e na qualidade da atenção à saúde ofertada à população.

Trata-se de um processo complexo, organizado em quatro fases: Adesão e contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização. Na fase da Avaliação Externa, foi definido um conjunto de ações visando investigar as condições de acesso e de qualidade da atenção na totalidade de municípios e equipes de AB que aderiram ao programa (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012).

Anteriormente ao processo de Avaliação Externa do PMAQ, não foram encontrados registros de estudo ou pesquisa que produzissem informações consistentes sobre a presença e as características das ações de Educação Permanente no cotidiano das EqSF que subsidiassem a elaboração de projetos coerentes com a necessidade de desenvolvimento profissional/institucional do SUS em Mato Grosso do Sul.

Trata-se, pois, de um estudo inédito, que teve como pressuposto a escassez de informações sobre tais ações, situação que tem dificultado a análise da educação dos trabalhadores, a caracterização das necessidades formativas e a formulação de políticas públicas de formação e qualificação profissional para o SUS, principalmente na AB/ESF. Portanto, teve por objetivo analisar a prevalência e as características das ações de Educação Permanente e as ações de planejamento e de gestão em interface com a Educação Permanente em Saúde (EPS), no cotidiano da AB, no Estado de Mato Grosso do Sul, a partir dos dados revelados pela Avaliação Externa do PMAQ ciclo 1.

Metodologia

Foi realizado um estudo observacional analítico transversal, utilizando os dados provenientes do primeiro ciclo da fase de Avaliação Externa do PMAQ, no estado do Mato Grosso do Sul. O estudo foi de ordem multicêntrica, com a participação de Instituições de Ensino e Pesquisa do País e seguido pelo Ministério da Saúde. A fase de Avaliação Externa no Mato Grosso do Sul ocorreu de junho de 2012 a fevereiro de 2013, e foi coordenada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com a participação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e da Fiocruz Mato Grosso do Sul.

A adesão das equipes foi voluntária, e, por questões organizacionais, o Ministério da Saúde estabeleceu que no, máximo, 50% das equipes de AB de cada município poderiam aderir ao PMAQ no primeiro ciclo. No estado, houve a adesão de 184 EqSFs, as quais receberam a visita *in loco* dos avaliadores do PMAQ, quando foram realizadas entrevistas com usuários, profissionais de saúde e análise documental e da infraestrutura de cada equipe de saúde avaliada. Os avaliadores foram selecionados e treinados para as atividades, utilizando-se um manual elaborado pelo Departamento de Atenção Básica/MS para tal finalidade.

Os dados coletados foram registrados e armazenados em *tablets*, por meio de um aplicativo com o instrumento de avaliação. O instrumento de avaliação foi previamente testado e validado por pesquisadores das instituições participantes da Avaliação externa do PMAQ, contendo três módulos, sendo um de observação da infraestrutura, um a ser respondido por um profissional de nível superior e um dirigido aos usuários. Após a coleta, os dados foram enviados ao Ministério da Saúde e, posteriormente, validados. Após validação, foram disponibilizados às Instituições de Ensino e Pesquisa participantes.

A partir da coletânea de dados secundários obtidos, foram selecionados como objeto de estudo os blocos de questões referentes às ações de Educação Permanente desenvolvidas pelas equipes e ações de planejamento da equipe de AB e da gestão para organização do processo de trabalho da equipe.

Os dados obtidos foram submetidos a tratamento estatístico, com nível de significância de 5% ($p<0.05$)[16], utilizando-se o *software* SPSS, versão 20.0. A associação entre as variáveis que especificaram as ações e o local (capital e interior) onde elas eram executadas foi realizada por meio do teste do qui-quadrado.

A comparação entre as proporções de respostas dos respondentes da capital com os respondentes das cidades do interior, com relação às ações das quais a equipe participou no último ano, às formas de utilização do Telessaúde e ao instrumento utilizado para autoavaliação da equipe de saúde, foi realizada por meio do teste z. Os resultados das demais variáveis avaliadas neste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva. O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o parecer n.º 21904, de 01/03/2012.

Resultados

Os resultados apresentados foram referentes à totalidade das equipes que aderiram ao 1º ciclo do PMAQ no estado do Mato Grosso do Sul: 184 EqSF, sendo 33 de Campo Grande (capital) e 151 de municípios do interior do estado.

Dos 184 entrevistados que compõe este estudo, 92,9% (n=171) responderam que no município foram desenvolvidas ações de Educação Permanente envolvendo profissionais da AB. Entre os que responderam afirmativamente, 100% das equipes de Campo Grande (n=33) relataram que essas ações são desenvolvidas, enquanto, no interior, 91,4% (n=138) dos respondentes confirmaram que tais ações aconteceram em seus municípios. Não houve associação significativa entre a realização dessas ações de Educação Permanente e o local (capital e interior) onde elas eram executadas (teste do qui-quadrado, p=0,080).

Observa-se na *tabela 1* que os cursos presenciais foram as ações de Educação Permanente mais realizadas no estado no último ano, e as ações referentes à Telessaúde, Tutoria/preceptoria e Rede Universitária de Telemedicina (Rute) foram mais realizadas na capital do que nos municípios do interior.

Tabela 1. Presença de ações de Educação Permanente nas equipes de saúde no estado do Mato Grosso do Sul, com subdivisão entre a capital, Campo Grande, e as demais cidades do interior

Variável/Resposta	Local		Valor de p	Total
	Campo Grande	Interior		
Há no município ações de educação permanente que envolvam profissionais da atenção básica?				
	(n=33)	**(n=151)**		**(n=184)**
Sim	100,0 (33)	91,4 (138)	0,080	92,9 (171)
Não	0,0 (0)	8,6 (13)		7,1 (13)
Ações de que a equipe participa ou participou no último ano				
	(n=33)	(n=138)		(n=171)
Cursos presenciais	93,9 (31)	84,1 (116)	0,239	86,0 (147)
Troca de experiência	81,8 (27)	68,1 (94)	0,180	70,8 (121)
Telessaúde	81,8 (27)	55,1 (76)	0,009	60,2 (103)
EAD/UNA-SUS	45,5 (15)	37,7 (52)	0,531	39,2 (67)
Tutoria/preceptoria	57,6 (19)	15,9 (22)	<0,001	24,0 (41)
Rede Universitária de Telemedicina (Rute)	24,2 (8)	1,4 (2)	<0,001	5,8 (10)
Outros	3,0 (1)	7,2 (10)	0,624	6,4 (11)
A equipe utiliza o Telessaúde para				
	(n=27)	**(n=76)**		**(n=103)**
Teleconsultoria	51,9 (14)	56,6 (43)	0,844	55,3 (57)
Segunda opinião formativa	59,3 (16)	51,3 (39)	0,623	53,4 (55)
Telediagnóstico	29,6 (8)	15,8 (12)	0,203	19,4 (20)
Essas ações de Educação Permanente contemplam as demandas e necessidades da equipe?				
	(n=33)	**(n=138)**		**(n=171)**
Sim	100,0 (33)	72,5 (100)	**0,001**	77,8 (133)
Não	0,0 (0)	27,5 (38)		22,2 (38)

Fonte: BRASIL, 2013

Os dados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Os valores de p significativos estão apresentados em negrito

Os resultados mostrados pela *tabela 2* são referentes às atividades de planejamento das ações em saúde no estado do Mato Grosso do Sul. Nos últimos doze meses, com subdivisão entre a capital, Campo Grande, e as demais cidades do interior, as atividades são realizadas por 83,2% das equipes, sem diferença entre capital e interior. Entretanto, a existência de documentação que comprove tais ações é, significativamente, menor no interior em relação à capital, assim como a definição de resultados e metas para acompanhamento do plano de ação.

No tocante ao apoio recebido pelas equipes para planejamento e organização do processo de trabalho, o *gráfico 1* mostra que 70% das equipes informaram que têm apoio para tais ações.

A maior parte dos entrevistados relatou que a gestão disponibiliza informações que auxiliam na análise de situação de saúde do território de ação das equipes (94,0%). Na capital, houve maior disponibilização de alguns recursos em relação ao interior, como consta no *gráfico 2*.

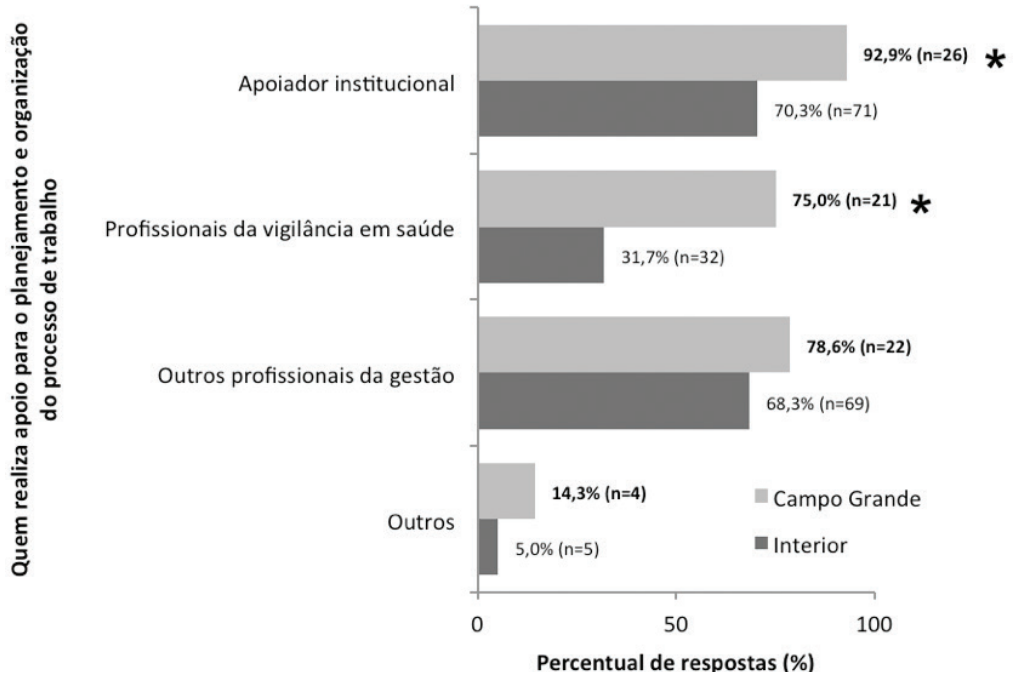
Tabela 2. Atividades de planejamento, pelas equipes de saúde, no estado do Mato Grosso do Sul, com subdivisão entre a capital, Campo Grande, e as demais cidades do interior

Variável/Resposta	Local		Valor de p	Total
	Campo Grande	Interior		
Nos últimos 12 meses, a equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações?				
	(n=33)	**(n=151)**		**(n=184)**
Sim	87,9 (29)	82,1 (124)	0,690	83,2 (153)
Não	12,1 (4)	16,6 (25)		15,8 (29)
Não sabe/não respondeu	0,0 (0)	1,3 (2)		1,1 (2)
Existe documento que comprove				
	(n=29)	**(n=124)**		**(n=153)**
Sim	89,7 (26)	47,6 (59)	**<0,001**	55,6 (85)
Não	10,3 (3)	52,4 (65)		44,4 (68)
Foi realizado processo de levantamento de problemas				
Sim	100,0 (29)	88,7 (110)	0,114	90,8 (139)
Não	0,0 (0)	10,5 (13)		8,5 (13)
Não sabe/não respondeu	0,0 (0)	0,8 (1)		0,7 (1)
Foram elencadas prioridades				
Sim	100,0 (29)	92,7 (115)	0,343	94,1 (144)
Não	0,0 (0)	6,5 (8)		5,2 (8)
Não sabe/não respondeu	0,0 (0)	0,8 (1)		0,7 (1)
Foi estabelecido um plano de ação				
Sim	96,6 (28)	86,3 (107)	0,253	88,2 (135)
Não	3,4 (1)	12,9 (16)		11,1 (17)
Não sabe/não respondeu	0,0 (0)	0,8 (1)		0,7 (1)
Foram definidos resultados e metas para acompanhamento do plano				
Sim	93,1 (27)	72,6 (90)	**0,041**	76,5 (117)
Não	6,9 (2)	26,6 (33)		22,9 (35)
Não sabe/não respondeu	0,0 (0)	0,8 (1)		0,7 (1)

Fonte: PMAQ, 2013

Os dados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Os valores de p significativos estão apresentados em negrito

Gráfico 1. Profissionais que realizam apoio para o planejamento e a organização do processo de trabalho das equipes de saúde, na cidade de Campo Grande e cidades do interior do estado do Mato Grosso do Sul

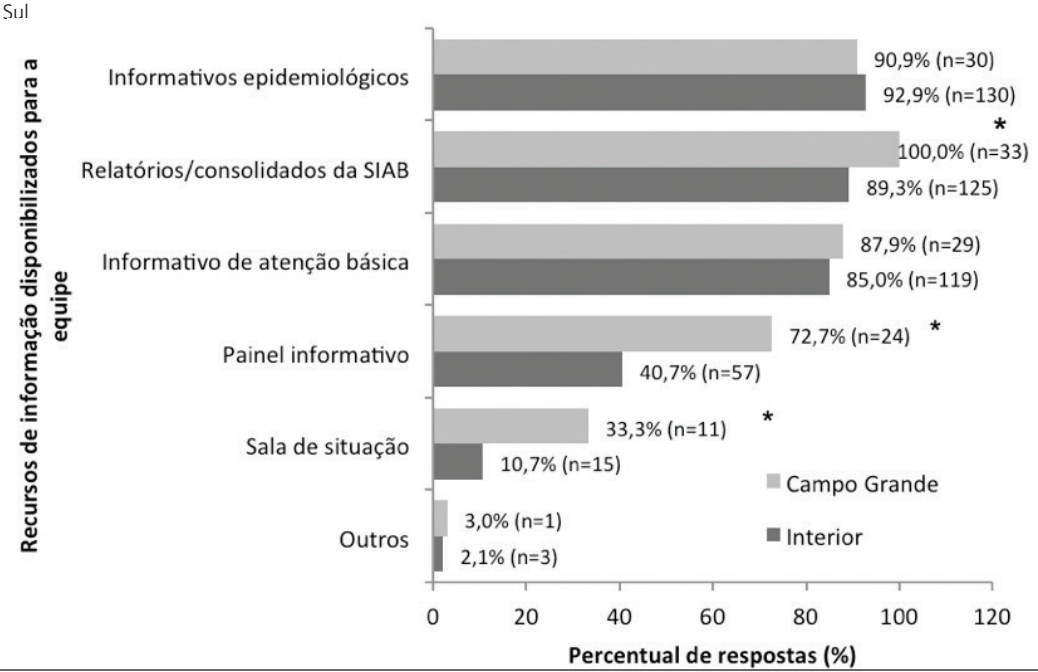


Fonte: BRASIL, 2013

Cada barra representa o valor percentual de respondentes

* Diferença significativa em relação ao interior (teste do qui-quadrado, p<0,05)

Gráfico 2. Recursos de informação disponibilizados para as equipes de saúde, na cidade de Campo Grande e nas demais cidades do interior do estado do Mato Grosso do Sul



Fonte: BRASIL, 2013

Cada barra representa o valor percentual de respondentes

* Diferença significativa em relação ao interior (teste do qui-quadrado, p<0,05)

Na *tabela 3*, é possível conferir que a gestão apoiou a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) e os processos de autoavaliação realizados pelas equipes, tanto na capital quanto no interior, porém, no interior, tais ações foram menos comprovadas. A capital utilizou mais o instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), e o interior preferiu aquele de Avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ).

Tabela 3. Apoio da gestão e autoavaliação das equipes de saúde no estado do Mato Grosso do Sul, com subdivisão entre a capital, Campo Grande, e as demais cidades do interior.

Variável/Resposta	Local		Valor de p	Total
	Campo Grande	Interior		
A equipe recebe apoio da gestão para a discussão dos dados de monitoramento do Siab				
	(n=33)	(n=151)		(n=184)
Sim	97,0 (32)	78,1 (118)	0,012	81,5 (150)
Não	3,0 (1)	21,9 (33)		18,5 (34)
Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos seis meses				
Sim	81,8 (27)	71,5 (108)	0,43	73,4 (135)
Não	18,2 (6)	27,2 (41)		25,5 (47)
Não sabe/não respondeu	0,0 (0)	1,3 (2)		1,1 (2)
Existe documento que comprove				
	(n=27)	(n=108)		(n=135)
Sim	88,9 (24)	63,9 (69)	0,023	68,9 (93)
Não	11,1 (3)	36,1 (39)		31,1 (42)
Qual o instrumento/fonte utilizada				
AMAQ	25,9 (7)b	85,2 (92)a	<0,00	73,3 (99)
AMQ	70,4 (19)a	1,9 (2)b		15,6 (21)
Instrumento desenvolvido pelo município/equipe	0,0 (0)a	7,4 (8)a		5,9 (8)
Outros	3,7 (1)a	5,6 (6)a		5,2 (7)

Fonte: BRASIL, 2013

Os dados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta). Valor de p no teste do qui-quadrado. Os valores de p significativos estão apresentados em negrito. Letras diferentes na linha, referentes ao instrumento que usa para autoavaliação, representam diferença significativa entre Campo Grande e cidades do interior do estado do Mato Grosso do Sul no teste z (p<0,001)

Discussão

O Sistema Único de Saúde, ao adotar o conceito ampliado de saúde e a integralidade nas práticas de atenção e gestão, colocou no centro do debate a questão da formação dos profissionais de saúde, na medida em que a concepção integral do ser humano, a indissociabilidade entre teoria e prática, tornou-se premente para o adequado exercício laboral (TESSER *ET AL.*, 2011). Embora a mudança organizacional tenha sido orientada sob o sentido da integralidade, persistiu como desafio a articulação da riqueza da diversidade social e cultural na formação dos profissionais de saúde (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Foi com o propósito de evidenciar caminhos da EPS e para a EPS que o presente estudo iniciou a análise das práticas educativas dos trabalhadores do SUS de Mato Grosso do Sul. Nesse sentido, foi positivo constatar que as ações de EPS estiveram presentes no

cotidiano das EqSF, visto que a quase totalidade das equipes informou que foram desenvolvidas ações de Educação Permanente que envolveram profissionais da AB.

Todavia, a predominância de cursos presenciais relatados como as ações mais realizadas pelas equipes, tanto na capital quanto no interior, indica que a essência e a complexidade da proposta da EPS, possivelmente, não tenham sido aprofundadas o suficiente para uma mudança de paradigma. Rezende (2002) e Davini (2009) destacaram que ações indicadas como EPS tanto poderiam contribuir para a implementação do caráter instituinte da Educação Permanente quanto para reforçar as práticas educativas fortemente instituídas, que perpetuam o modelo hegemônico na formação dos profissionais de saúde (ALMEIDA-FILHO, 2011, 2013).

Tal fato corrobora o estudo de Tesser *et al.* (2011), evidenciando que, entre as EqSF, o conceito vigente de Educação Permanente mais se aproximava de educação continuada e que a análise da realidade social era superficial, realizada com dados fragmentados, oriundos do Siab; que não chegavam a compor uma informação consistente que subsidiasse ações de planejamento e avaliação. Nesse sentido, as características que confeririam originalidade à política de EPS, como a porosidade da realidade social e a lógica ascendente e transdisciplinar, permaneceriam em estado latente (CECCIM, 2004).

Vale lembrar que a Portaria GM/MS1996, de 2007, adotou a EPS como um conceito pedagógico para adultos trabalhadores da saúde para qualificar os segmentos da gestão, da atenção e do controle social, com objetivos de desenvolvimento profissional e institucional, atribuindo-lhe uma característica dialética e geradora de autonomia, derivada da pedagogia freireana. Para além, também foi concebida como um desdobramento do Movimento Institucionalista em Educação, ao introduzir conceitos de autoanálise e autogestão na dinâmica da organização do trabalho (CECCIM, 2005; BRASIL, 2007).

Por sua característica ascendente, a EPS tem foco no processo de trabalho em saúde, local de encontro, de troca de saberes, que, ao promover o diálogo entre as políticas públicas e a singularidade dos lugares e das pessoas, valoriza o potencial educativo do trabalho com possibilidade de recomposição das práticas de saúde (CECCIM, 2004). Daí, a necessidade de que os aspectos metodológicos que a suportam sejam bem definidos e rompam com os paradigmas reducionistas fortemente arraigados nessa área de atuação.

Nesse sentido, a 'troca de experiências', ação de EPS que obteve o segundo lugar mais relatado pelas equipes na capital e terceiro no interior, deveria estar ancorada na possibilidade de ruptura com as práticas educativas fragmentadas e descontextualizadas. E, uma vez incorporada ao cotidiano do trabalho, cumpriria com objetivos de reorientar a educação dos trabalhadores por meio da educação problematizadora e da aprendizagem significativa (PAULINO *ET AL.*, 2012).

Segundo estudos de Rodrigues, Vieira e Torres (2010), as trocas de experiências desenvolvidas na metodologia da Educação Permanente constataram integração entre ensino, serviço e comunidade, em função do planejamento e da execução integrados de programa educativo. Tais características, quando presentes nos encontros da equipe, tendem a impulsionar o movimento de emancipação do modelo hegemônico de educação em saúde e o processo de transformação da cultura da saúde (ROVERE, 2005).

Ao propor o equilíbrio entre a dinâmica instituída e a instituinte, na complexa realidade do setor saúde, a Educação Permanente contribuiria para o avanço da implementação da reforma sanitária brasileira, a partir da reorganização das estruturas de gestão, atenção, formação e dos respectivos papéis (COTRIM-GUIMARÃES, 2009).

A questão metodológica tem sido um desafio junto aos novos programas dedicados ao desenvolvimento da EPS na modalidade à distância, com destaque, neste

estudo, ao Programa Telessaúde/MS e EAD/ Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). No tocante à experiência do programa Telessaúde/MS, foi detectado percentual significativamente maior de acesso e utilização na capital, fato que chama a atenção em função de a sua implantação ter sido iniciada nas regiões mais distantes do estado. Emerge daí o pressuposto da pouca disseminação das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) virtuais nas regiões mais longínquas da capital.

No entanto, Correia *et al.* (2012) ressaltaram que o uso de recursos de Educação à Distância (EAD) deveria ser encarado como forma de ampliação do acesso à educação e, no caso da saúde, às melhores evidências disponíveis, e não como precarização da educação, ao passo que potencializa a facilidade da disseminação da informação e do desenvolvimento profissional através das TIC, para uma articulação necessária entre saber e prática (GARCIA-BARBERO, 2006). Andrade (2011), Cunha (2009) e Faria (2010) consideraram que a EPS pode e deve ser realizada através do EAD, enfatizando sua potência para a implementação da aprendizagem significativa.

Por sua vez, a UNA-SUS configurou uma estratégia governamental para atender às necessidades de formação em larga escala, que tem, entre outros, o objetivo de apoiar a implantação da política de Educação Permanente no SUS (BRASIL, 2009). A proposta didático-pedagógica da UNA-SUS adotou metodologias de aprendizagem ativa (MITRE *ET AL.*, 2013), viabilizada por meio do ensino à distância, e ampliou equitativamente a oferta de pós-graduação em AB em saúde da família no Mato Grosso do Sul e nos demais estados federativos. As ações da EAD/UNA-SUS ocuparam a quarta posição no interior e quinta na capital quanto à utilização, sem diferença significativa em ambos os locais.

Em função de se elencar possibilidades à práxis da Educação Permanente no cotidiano das EqSF, foram analisadas as ações de planejamento e ações da gestão em interface com a EPS. Foi positivo constatar a utilização de metodologia problematizadora no desenvolvimento das ações de planejamento, pois identificou possibilidades de se viabilizar a práxis da EPS. Ambos os locais estabeleceram planos de ação, porém, os municípios do interior demonstraram maior dificuldade do que a capital em definir resultados e metas para acompanhamento do plano.

Boa parte das equipes relatou que recebe apoio da gestão para planejamento e organização do processo de trabalho, porém, o percentual de apoiadores institucionais foi maior na capital do que no interior, estabelecendo uma correlação entre as ações da gestão e sua influência na organização do processo de trabalho das equipes. Esse é um dado promissor, tendo em vista que as ações de EPS, quando presentes no cotidiano da gestão e das equipes, tendem a ser mais profícuas em presença de apoio da gestão (GARAY; SCHEFFER, 1997).

Ressalta-se a questão dos desafios na gestão do trabalho e da educação dos profissionais de saúde no Brasil (ALMEIDA, 2013), que deve contemplar a necessidade de saúde na construção de desenhos curriculares que incluam o ideário do SUS e que estimulem o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes para o trabalho em equipe, imprimindo qualidade e humanização na atenção e na gestão das ações de saúde.

Conclusões

Os resultados demonstraram que, embora as ações de Educação Permanente tenham obtido um percentual expressivo a partir dos relatos das equipes avaliadas, não foi possível afirmar, neste estudo, as configurações conceitual e metodológica utilizadas nas avaliações de tais ações. Os cursos presenciais e a troca de experiências geralmente seguem o modelo assistencial adotado pela instituição de saúde, o que não ficou evidente nos resultados apresentados.

Com relação aos programas de Educação Permanente adotados, o Telessaúde e UNA-SUS, os resultados foram significativos, embora não tenha sido possível verificar a configuração metodológica dessas ações nem se as mesmas estão alinhadas aos princípios da EPS. A maior utilização do Telessaúde e da Rute na capital, como ferramentas para teleducação, demonstrou que o potencial de alcance das mesmas, como estratégias de Educação Permanente, pode e deve ser mais bem explorado, com ampliação do acesso e da utilização dessas ferramentas pelos municípios do interior do estado.

O programa UNA-SUS tem sido mais igualmente distribuído entre capital e interior, e foi positivo verificar que preconiza o uso de metodologia da EPS desde o planejamento do projeto político-pedagógico, porém, o estudo não ofereceu subsídios para verificação do seu potencial de intervenção no processo de trabalho.

As ações de planejamento foram analisadas em função da sua dinâmica problematizadora, compatível com a metodologia da Educação Permanente, e foram mais relatadas na capital do que no interior. Acompanhou essa tendência o percentual de apoio à discussão e à produção de informação consistente para subsidiar as ações de planejamento e gestão. Foi possível observar que as ações de apoio da gestão apresentaram relação direta com o percentual das ações de planejamento e organização do processo de trabalho.

Finalmente, as ações de Educação Permanente foram consideradas suficientes para atender às demandas de todas as equipes respondentes na capital, porém, no interior, 27,5% das equipes relataram ser insuficientes. A EPS tem sido mais difundida na capital e nos polos regionais do estado. Nos demais municípios do interior, constatou-se a necessidade de aprofundamento acerca dos problemas, enfoques e perspectivas inerentes ao desenvolvimento dessa política. ■

Referências

ALMEIDA-FILHO, N. M. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 18, p. 1677-1682, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/19.pdf>. Acesso em: 30 maio 2014.

_____. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. *Lancet*, 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilporcom4.pdf>. Acesso em: 30 maio 2014.

ANDRADE, C. S. G. C. *Agentes comunitários de saúde e os desafios da educação permanente:* reflexões sobre a experiência do programa Telessaúde Brasil. 2011. 119 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. *Censo 2010*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ms>. Acesso em: 20 dez. 2014.

_____. Lei 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Dário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 31 dez. 1990, p. 25694.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n.º 1.996, de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.

gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-1996.htm>. Acesso em: 10 dez. 2014.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Departamento de Atenção Básica. *DAB*: Sistema de Apoio à Gestão. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/sistemas/relatorio/relnovo.php>. Acesso em: 30 mar. 2014b.

_____. Departamento de Atenção Básica. *Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal Unidade Geográfica*: Estado – MS. 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 30 mar. 2014c.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>. Acesso em 30 mar. 2014.

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. Disponível em: <www.lume.ufrgs.br/handle/10183/20113?locale=pt_BR>. Acesso em: 25 jan. 2015.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf.>. Acesso em: 23 mar. 2014.

CORREIA, A. D. M. S. et al. Telessaúde Brasil redes e teleodontologia: relato da experiência em Mato Grosso do Sul. *J Bras Tele*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p.887-895, abr./jun. 2012. Disponível em: <revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/96>. Acesso em: 27 jan. 2015.

COTRIM-GUIMARÃES, I. M. A. *Programa de educação permanente e continuada da equipe de enfermagem da clínica médica do Hospital Universitário Clemente de Faria:* análise e proposições. 2009. 132 f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

CUNHA, I. S. *Educação permanente em saúde e planejamento estratégico situacional*: o caso da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. 2009. 102 f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

DAVINI, M. C. *Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde.* In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão de Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FARIA, M. G. A. *Telessaúde Brasil – núcleo Rio de Janeiro:* a educação permanente no trabalho de enfermeiros da atenção básica.. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

FERLA, A. A. *Avaliação da atenção básica no Brasil:* estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

FERNANDES, M. M. *Desenvolvimento de modelo de gestão de tecnologias no Instituto Nacional de Câncer.* 2009. 141 f. (Mestrado profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

GARAY, A.; SCHEFFER, B. *Reestruturação produtiva e desafios de qualificação:* algumas considerações críticas. Disponível em: <http://read.adm.ufrgs.br/read05/artigo/garay.htm>. Acesso em: 14 abr. 2014.

GARCIA-BARBERO, M. El valor educativo de la telemedicina. *Educ. méd.*, Barcelona, v. 9, n. 2, p. 38-43, 2006.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Services Research*, Chicago, v. 38, n. 3, p. 819-854, 2003.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite Estadual. *Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde*. Ata da 184a reunião ordinária. Aprovada em 12.02.2010. Campo Grande, 2010. Disponível em: <www.saude.ms.gov.br/Showfile.php?id=58253>. Acesso em: 15 jan. 2015.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite Estadual. *Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde*. Ata da 205a reunião ordinária. Aprovada em 09.12.2011. Campo Grande, 2011. Disponível em: <www.saude.ms.gov.br/Showfile.php?id=114206>. Acesso em: 15 jan. 2015.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência e Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2133-2144, 2013.

PAULINO, V. C. P. et al. Ações de educação permanente no contexto da estratégia saúde da família. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 312-316, 2012.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. R*evista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083>. Acesso em: 10 dez. 2014.

REZENDE, F. As novas tecnologias na prática pedagógica sob a perspectiva construtivista. Ensaio – *Pesquisa em Educação em Ciências*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 1-18, 2002.

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

RODRIGUES, A. C.; VIEIRA, G. L.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. *Rev. Esc Enferm.*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 531-537, 2010.

ROVERE, M. Comentarios estimulados por La lectura Del artículo "Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário". *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p.161-77, set. 2004/fev., 2005.

SHOTT, S. *Statistics for health professionals*. London: Saunders, 1990.

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

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, 2011.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS). *Documentos de referência*. Disponível em: <http://www.unasus.gov.br/page/una-sus/legislacao>. Acesso em: 14 abr. 2014.

VALLA, V.; STOTZ, E. *Educação, saúde e cidadania*. Ed. Vozes. Petrópolis, 1994.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em dezembro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários

The hospitality in Primary Health Care: relations of reciprocity between workers and users

Adriana Santos Lopes[1], Rosana Lúcia Alves de Vilar[2], Ricardo Henrique Vieira de Melo[3], Raiane Caroline da Silva França[4]

RESUMO Esta pesquisa aborda a prática do acolhimento analisando as relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários, na Estratégia Saúde da Família. Trata-se de uma investigação descritiva, explicativa e qualitativa, com coleta de dados através de entrevistas semiestruturadas e análise pela técnica do discurso do sujeito coletivo. Os resultados evidenciaram que a normatização repercute nas relações de reciprocidade. O acolhimento favoreceu a troca de dádivas. Entretanto, aspectos referentes à estrutura física deficiente, à demanda excessiva, à precariedade da rede de referência, à visão médico-centrada, à vulnerabilidade da população, dificultaram as relações mútuas entre os sujeitos.

PALAVRAS-CHAVE Acolhimento; Estratégia Saúde da Família; Humanização da assistência.

ABSTRACT *This research addresses the practice of hospitality, analyzing the relationships of reciprocity between workers and users in the Family Health Strategy. This is a descriptive, explanatory and qualitative research, with data collection through semi-structured interviews and analysis by the collective subject's discourse technique. The results showed that the regulation has repercussion on the relations of reciprocity. The hospitality has favored the exchange of gifts. However, aspects related to the poor physical infrastructure, to the excessive demand, to the precariousness of the reference network, to the physician-centered vision and to the vulnerability of the population, have hindered the mutual relations between subjects.*

KEYWORDS *Hospitality; Family Health Strategy; Humanization of assistance.*

[1] Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Unidade de Saúde da Família dos Sinos – Recife (PE), Brasil. *adrianalopes79@hotmail.com*

[2] Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (Renasf) – Natal (RN), Brasil. *rosanaalvesrn@gmail.com*

[3] Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Estratégia Saúde da Família de Monte Líbano e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) – Natal (RN), Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Residência Multiprofissional de Saúde – Natal (RN), Brasil. *ricardohvm@gmail.com*

[4] Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil. *raiane_mell@hotmail.com*

 DOI: 10.1590/0103-110420151040563

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza, em sua política de saúde, um conjunto de ações que possibilitem a execução dos princípios da universalidade do acesso; a integralidade e a equidade da atenção à saúde; descentralização da gestão; regionalização e hierarquização; e participação popular por intermédio do controle social. O acesso da comunidade e a forma de recepcioná-la constituem-se como pontos importantes a serem considerados para viabilizar a execução desses princípios e, portanto, devem ser revistos e aperfeiçoados no contexto da prática e da organização dos serviços de saúde. A desqualificação do cuidado ao usuário reflete a falta de comunicação entre profissionais e população, o que impossibilita que as reais necessidades deste último segmento sejam reveladas, dificultando a diversificação das práticas de atenção à saúde e fazendo com que os serviços se organizem a partir de uma demanda limitada de procedimentos (CAMPOS, 2006; LOPES, 2014).

A Política Nacional de Humanização (PNH), idealizada pelo Ministério da Saúde (MS), surgiu como uma proposta para requalificar essa atenção, de modo a manter uma associação entre as formas de produzir saúde e as formas de administrar os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Esta política objetiva possibilitar inovações nas ações gerenciais e nas ações de produção de saúde, de modo a propor novas formas de organização dos serviços de saúde.

As abordagens teóricas e organizativas da PNH demonstram que essa política surgiu para impulsionar a efetivação de um SUS inclusivo, democrático, resolutivo e acolhedor. Apresentam conceitos amplificados sobre a humanização, de forma a agregar valores diversos: 'organizativo' porque se refere às formas de organizar os serviços de saúde; 'gerencial' por abordar o modo de gestão e a coordenação do trabalho desenvolvido; e 'relacional' por referir-se ao relacionamento consolidado entre os indivíduos que participam do processo de trabalho em saúde, que são os gestores, os trabalhadores e os usuários (MENDES, 2010; VILAR, 2014).

Para pôr em prática esses conceitos, a PNH fundamenta-se em algumas diretrizes específicas para a Atenção Básica, que enfatiza: a elaboração de projetos individuais; o incentivo às práticas de promoção da saúde; o acolhimento e a inclusão do usuário no sistema, na perspectiva da garantia do acesso e da resolubilidade, além do trabalho em equipe, para gerar uma maior corresponsabilidade na atenção (BRASIL, 2004).

Em documento oficial desta política, o acolhimento é definido por:

> Processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até sua saída, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada, que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário. (BRASIL, 2004, P. 14).

O acolhimento possui três esferas constitutivas: postura, atitude e tecnologia do cuidado; mecanismo de ampliação e facilitação do acesso; e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011). Nesta percepção, o acolhimento adquire o discurso de inclusão social em defesa do SUS, subsidiando a geração de reflexões e mudanças na organização dos serviços e na postura dos profissionais, na ideia do acesso universal, na retomada da equipe multiprofissional e na qualificação

do vínculo entre usuários e profissionais de saúde (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Dessa forma, pode-se afirmar que o acolhimento é uma ação que deve existir em todas as relações de cuidado, no vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários, na prática de receber e escutar as pessoas, e deve ser estabelecido como uma ferramenta que: possibilite a humanização do cuidado; amplie o acesso da população aos serviços de saúde; assegure a resolução dos problemas; coordene os serviços; e vincule a efetivação de relações entre profissionais e usuários. Neste sentido, pode-se afirmar que a prática do acolhimento está presente em todas as relações de cuidado e pode se configurar de diferentes formas dependendo de quem participa dos processos e de como e em que condições este processo se dá. À vista disso, em vez de indagar se, em algum serviço, existe ou não o uso da ferramenta acolhimento, talvez seja mais pertinente avaliar como ele se concretiza ou é empregado. O acolhimento é transmitido menos no discurso sobre ele do que nas práticas propriamente ditas (BRASIL, 2011; LOPES, 2014).

No momento em que se fala da equipe multiprofissional, existe a inter-relação dos diferentes saberes, almejando sobrepor a desintegração no objetivo de construir novas respostas às demandas propostas. Ademais, esta proporção abrange tanto as vinculações entre os profissionais e usuários como também as relações entre os profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, como vínculos democráticos, que encorajam a participação, a autonomia e a decisão coletiva (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

Esses conceitos estão relacionados ao reconhecimento da saúde como direito de cidadania, e à imprescindibilidade da geração de novos territórios existenciais e organizacionais, que valorizem o indivíduo e sua coletividade, e produzam possibilidades de interações, trocas e criações, embasadas pelas teorias da dádiva e da reciprocidade, representadas por valores como interação social, solidariedade, respeito e responsabilização (VILAR, 2014).

Nos seus estudos Mauss (2003) concebe a teoria da dádiva como universal no campo das relações sociais, traduzindo-se a partir da tríplice obrigação coletiva de doação, recebimento e retribuição, perfazendo uma lógica organizativa do social. E, por assim ser, incorpora um sentido dialético, integrando obrigação e liberdade, interesse e espontaneidade, demonstrando que as regras sociais são incertas e não podem ser condicionadas apenas às dimensões do mercado ou do Estado. Neste sentido, não considera a realidade social limitada a recortes empiristas ou materialistas, estando também presentes as dimensões afetivas e simbólicas.

Para Sabourin (2008), a reciprocidade é um princípio base para as obrigações sociais, voluntárias ou não, como também para relações íntimas ou distantes. Valores ou dádivas como justiça, equidade, obrigação, respeito, gratidão, responsabilidade perante o outro e obrigação de obediência às leis estão presentes nas relações de reciprocidade e no ato de cuidar.

A natureza das relações de reciprocidade entre usuários que têm necessidades de saúde e trabalhadores que reconhecem essas necessidades é a da produção de um processo onde há acolhimento do outro, compreensão e significação de suas singularidades e oferta dos saberes em saúde que venham permitir ao profissional intervenções continuadas de vínculo, produção de autonomia e responsabilização pelo resultado destas intervenções (CAVALCANTE FILHO; VASCONCELOS; CECCIM *ET AL.*, 2009).

Torna-se evidente que as relações no acolhimento são permeadas pelas teorias da dádiva e da reciprocidade, uma vez que, quem se relaciona/acolhe, sempre tem algo a oferecer, mas também espera do outro algo em troca, e este processo também é recíproco por quem é acolhido. No seu sentido legítimo, o acolhimento pretende humanizar as relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários,

através de escuta qualificada, formação de vínculo e respeito, sempre com uma resposta positiva e com a responsabilização pela solução do seu problema, mas cabe lembrar que este processo relacional também recebe inúmeras influências. Nas sociedades capitalistas, a relação entre as pessoas tende a apresentar uma motivação mais utilitarista, resumida a interesses materiais. Entretanto, a ocorrência de trocas de sentimentos e atitudes, ditas simbólicas, podem se manifestar de forma positiva ou negativa (LOPES, 2004).

A pesquisa analisou a prática do acolhimento e suas contribuições nas relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários, identificando fatores que favorecem ou dificultam as relações de reciprocidade entre eles.

Metodologia

A investigação foi realizada em Unidades de Saúde da Família (USF) de um município brasileiro de grande porte. A seleção ocorreu por meio de sorteio entre as unidades deste distrito, que implementaram o acolhimento nos processos de trabalho de suas equipes. O público pesquisado foram os usuários e trabalhadores de saúde que participavam do acolhimento nas referidas unidades, distribuídas nas três microrregiões de saúde.

Nas USF sorteadas, a pesquisa foi realizada com os representantes dos trabalhadores, na proporção de até 3 do nível superior, 1 do nível técnico (de enfermagem ou de higiene dental) e 4 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além de 4 representantes dos usuários que tiveram a oportunidade de vivenciar a prática do acolhimento nas determinadas unidades, finalizando o total de 12 pesquisados por unidade; dentre eles, 8 profissionais e 4 usuários. Ressalte-se a exceção de duas unidades, posto que, em uma delas, um profissional negou-se a responder e, na outra, o profissional estava, no momento da entrevista, em licença médica. Sendo assim, a amostra totalizou 30 profissionais e 16 usuários.

A amostra se deu pela forma aleatória simples, com escolha das unidades participantes a partir da condição do acolhimento implantado, proposto pela prefeitura do município em questão e, por conseguinte, foi efetuado um sorteio aleatório. Este tipo de amostra se fundamenta nas leis da probabilidade e garante a austeridade científica pelo fato de ser selecionada ao acaso, eliminando-se o conhecimento antecedente de que o pesquisador possa dispor.

Buscando uma melhor adequação dos sujeitos da amostra para o estudo, alguns fatores de inclusão e exclusão foram definidos, tais como: Profissionais das USF sorteadas nos respectivos territórios, na quantidade demonstrada anteriormente, que estivessem trabalhando na unidade há pelo menos um ano e se dispusessem a participar do estudo; e usuários que tivessem recebido atendimento por parte da equipe de acolhimento no quantitativo já referido, que residissem na área de abrangência, que frequentassem a unidade há pelo menos um ano e se dispusessem a participar do estudo após convite do pesquisador. Os critérios de exclusão se reportaram a todos os profissionais e usuários que não estavam inseridos nos padrões estabelecidos para inclusão na pesquisa.

A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada direcionada aos profissionais e aos usuários estabelecidos, por meio de formulários de pergunta previamente construídos. Esses formulários foram distintos, um para o profissional e outro para o usuário.

As falas dos diferentes declarantes foram registradas através de gravação digital de voz, e depois, transcritas de forma manual e literal, porém com as devidas correções gramaticais e dos vícios de linguagem, preservando a autenticidade do que foi expresso pelos sujeitos.

Para avaliar os fatores facilitadores e dificultadores nas relações de reciprocidade, foi utilizada a abordagem metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

> Nesta técnica o sujeito coletivo se expressa através de um discurso emitido do que se poderia chamar de primeira pessoa (coletiva) do singular. Trata-se de um eu sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva, na medida em que esse eu fala pela ou em nome de uma coletividade, isto é, a expressão de um ou mais sujeitos coletivos, viabilizando um pensamento social. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003, P. 16).

Em seguida, foram identificadas as 'Ideias Centrais' (IC) e as 'Ancoragens' (AC) que estão presentes no DSC.

> As IC são pedaços, ou trechos, ou segmentos, contínuos ou descontínuos, do discurso, são abstratas, conceituais, sintéticas, frias e poucas. As IC são o que o entrevistado quis dizer (ou o quê, sobre o quê). (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012, P. 77).

Já as AC não se referem aos sentidos, mas sim às ideias, aos valores, às crenças, presentes no conteúdo verbal das respostas individuais ou das agrupadas, sob a forma de afirmações genéricas destinadas a enquadrar situações particulares. Os DSC foram apurados com a utilização do programa *QualiQuantiSoft*, que possibilita a união das IC e/ou AC de sentido similar ou complementar e, desta forma, possibilita a geração dos discursos coletivos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A pesquisa foi realizada cumprindo os preceitos éticos, segundo a Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define as diretrizes e normas regulamentadoras que regem a pesquisa envolvendo seres humanos, e foi aprovada por Comitê de Ética (CAAE nº 14670113.8.0000.5292), através de Parecer Consubstanciado (nº 312.347), em 21/06/2013. Foi empregado um código ao discurso dos participantes, para reduzir ao mínimo o risco de identificação dos mesmos.

Resultados e discussão

Para a avaliação dos resultados foram selecionadas algumas IC e seus determinados discursos coletivos, tanto de profissionais como de usuários. As IC e as AC estão destacadas em aspas simples. Os discursos foram representados, por meio de trechos de falas, e no decorrer do texto, foi realizada uma análise com embasamento na literatura científica.

A prática do acolhimento, como ferramenta proposta pela PNH, já referida em discussão antecedente, foi utilizada para ampliar o acesso dos usuários ao serviço de saúde, organizar o processo de trabalho e trazer qualificação à relação entre profissionais e usuários, através da formação de vínculos, promoção da autonomia e garantia da responsabilização. Dessa forma, percebemos que o acolhimento é entendido como um recurso de mediação de grande relevância na Atenção Básica, no momento em que cria uma relação de confiança com a população, e os profissionais conseguem desenvolver uma relação de dádiva com os usuários (BEZERRA; CARVALHO, 2011).

Após a implementação do acolhimento nas USF pesquisadas, usuários e profissionais relataram no DSC uma 'melhoria na relação usuário-profissional'. Elementos da reciprocidade, como afetividade, atitude acolhedora, respeito e cuidado com o outro apareceram como incentivadores dessa relação.

> *Eu acho que assim está mais ameno, melhorou, até por conta do atendimento da doutora, com relação ao paciente. Os médicos estão atendendo melhor também. Perguntam, com tranquilidade, com delicadeza. Isto é positivo.* (USU07; USU14; USU16).

> *Pelo acolhimento inicial, eles ficam até satisfeitos, porque aqui eles são acolhidos, são atendidos nas necessidades básicas que a unidade oferece. Chegam aqui e dizem que são tratados bem, que a gente sempre está de cara bonita. Eles estão gostando do jeito que estão sendo acolhidos e*

elogiam: 'poxa, vocês atenderam tão bem!'. O fato de a gente sentar, escutar faz com que eles se sintam bem acolhidos. A gente está até escutando elogios agora. (PROF10; PROF08; PROF29).

Valores tais como cuidado, atitude acolhedora, afetividade e respeito também foram encontrados nos discursos dos usuários que enfatizaram como IC 'a melhoria no acesso ao serviço e ao profissional potencializou a construção de vínculos entre eles'.

A relação melhorou, com certeza. Eu, particularmente, acho que sim, porque, antigamente, para marcar, para falar com a médica, para marcar consulta, o paciente esperava muito, tinha que chegar muito cedo, era mais difícil. O acesso agora está bem melhor, é bem mais rápido. Hoje mesmo já vou ser atendida. Eu acredito que está melhor, por esse motivo, posso chegar com meu problema e ser atendida no mesmo dia, na mesma hora. (USU02; USU01; USU03; USU15; USU04).

Os profissionais no DSC afirmaram, ainda, que 'a melhoria do acesso ao serviço facilitou as relações com os usuários'.

Eu acho que, depois do acolhimento, você consegue ver onde tem mais riscos, mais vulnerabilidade. Porque, às vezes, 'haviam' pacientes que não conseguiam vir marcar consulta, quando era marcado na fila, porque tinha que pegar ficha de madrugada. Então, assim, hoje você está conseguindo atingir um número maior de pessoas, que antigamente não vinham [...]. Agora, temos aquela satisfação de saber que a pessoa virá e não encontrará 'só cinco fichas', como eles dizem. E eles vão poder ser marcados ou vistos no mesmo dia. Às vezes, não se resolve tudo que o usuário precisa, mas pelo menos, ele tem a satisfação de chegar, ser escutado, pel'a gente, pela médica, pelas enfermeiras. (PROF03; PROF06; PROF07; PROF11; PROF30).

Alguns profissionais evidenciaram que 'as relações de vínculo melhoraram porque também melhorou o acesso ao profissional'.

Eu acredito que existiram várias mudanças de forma positiva. A relação da comunidade com o profissional melhorou, porque a gente consegue passar ideias. A gente também consegue vir com novas sugestões. Aproximou, sabe? Com relação ao que se tinha antes e o de hoje, tem um estreitamento das relações. E os usuários estão mais próximos e participando mais aqui dentro da unidade. Estão frequentando mais, já estão compreendendo, mais ou menos, o que é o acolhimento. Aos pouquinhos, eles estão entendendo que o fluxo mudou. (PROF01; PROF02; PROF13; PROF21; PROF24; PROF26; PROF29).

Porém, o entendimento de que a afetividade é uma motivação da ação social que tem sinais diversos, e depende do modo como os sujeitos envolvidos agem reflexivamente sobre sua memória e sua prática, pode ter um sinal concordante, favorecendo as trocas, ou discordante, inibindo as trocas (PINHEIRO; MARTINS, 2011).

Foi relatado, também, na IC de discursos dos profissionais, que 'a construção de vínculos, às vezes, se configura de forma tão intensa, que tem dificuldades de negar ações ao usuário'.

Assim, eu estou aqui há mais de nove anos na unidade. Então, a gente é mais do que posto, a gente é mais do que saúde; é tudo para a comunidade. É um pouquinho de tudo: é um pouquinho de psicóloga, de assistente social. Então, assim, a relação só fez ficar mais cúmplice. A gente é como se fosse família da comunidade, sabe? A gente sente muita dificuldade em dizer não, porque já criou raiz, já criou um laço, e a gente pensa muito antes de dizer um não. (PROF25; PROF10; PROF08).

Nessa situação, a medida da afetividade deve ser controlada de forma a não prejudicar a relação profissional-usuário, pelo fato de o usuário querer se valer disso para obter preferência, construindo uma reciprocidade assimétrica. No mesmo sentido da obtenção de vantagem, juntamente com o desafeto, a descrença e a não confiança, estas formas de

reciprocidade, tidas como negativas, podem aparecer nas relações entre profissionais e usuários que 'desejam que seus problemas sejam resolvidos de forma ágil e da maneira que os mesmos esperam'.

> *A gente tem que ter funcionários eficientes, que venham trabalhar na hora certa, que atendam a gente com habilidade, com paciência de escutar o problema e de tentar resolver. Acho que é necessário ter mais consideração com as pessoas, pois o tratamento fica mais agradável. Porque se você é bem atendido, as pessoas saem bastante satisfeitas. Não é?* (USU08; USU12; USU15).

> *Satisfeitos, satisfeitos acho que nunca estão. Até porque não conseguimos resolver os problemas de todos: até porque alguns querem ser atendidos no mesmo dia, querem que seja resolvido na hora, independente da queixa. Quando é caso de intercorrência, tudo bem. Mas as pessoas querem marcar de qualquer jeito, naquele dia, naquele horário, ser atendidas. Mas, nem sempre, a necessidade daquele paciente é de uma urgência [...]. Eles acham que a resposta positiva é uma resposta imediata.* (PROF01; PROF03; PROF13; PROF18; PROF26; PROF30).

A resolução positiva proposta pelo acolhimento pode ser compreendida de forma confusa pelo usuário, e o mesmo não entender a conduta do profissional, dificultando a troca de dádivas entre eles. Alguns usuários relataram que eles só 'consideram que tiveram a resposta positiva porque obtiveram algum benefício pessoal', ou seja, foi feito o que os mesmos esperavam.

> *Na realidade, assim, o acolhimento tem esse papel, de selecionar e avaliar a demanda, para que possa ser resolvido. Então, nesse momento, eu fui contemplado: ela me deu a medicação, me deu o resultado do meu exame [...] tudo perfeito.* (USU12; USU06; USU07; USU16; USU01).

Um fato relatado por alguns profissionais foi o de que 'a pouca compreensão da comunidade em relação ao acolhimento dificulta as relações de trocas entre usuários e profissionais'.

> *Eu acho até que os profissionais estão abertos para essa nova estratégia. O problema é a comunidade, que é o grande entrave da política. Eles estão muito habituados com o antigo modo assistencial de saúde. Eu acho que, a partir do momento em que eles entendem como é o acolhimento, eu creio que eles possam colaborar, no sentido de ficarem menos ansiosos para serem atendidos imediatamente, por saberem que o problema deles pode ser resolvido durante a semana. Então, eles podem vir com mais tranquilidade.* (PROF01; PROF05; PROF10; PROF16; PROF26; PROF30).

Este fato pode ser entendido pela precariedade da informação, tanto dos usuários quanto dos profissionais, como também pela falta de um serviço estruturado, considerando a estratégia do acolhimento (LOPES, 2014).

Outra IC identificada foi 'a demanda excessiva como dificultadora das trocas recíprocas'.

> *Olhe, eu acho que eles não estão muito satisfeitos, não. A gente procura dar o máximo que a gente pode, mas eu acho que eles não estão satisfeitos porque a grande procura no acolhimento é a marcação de consulta. E a consulta, por ser uma demanda muito grande de pacientes, não está sendo muito rápida, e tem gente que fica sem atendimento. Não dá para atender todo mundo. Além disso, agente não consegue fazer a escuta qualificada, como pede o acolhimento, por conta da demanda que a gente tem. Então, a gente não consegue dar aquela devida atenção ao paciente.* (PROF04; PROF05; PROF06; PROF07; PROF16; PROF20; PROF22; PROF28).

Critérios como 'comunicação entre os membros da equipe, agilidade no atendimento e problemas com a demanda melhorariam as trocas recíprocas' foram relatados nas IC como passíveis de serem resolvidas

pela própria equipe. *"Acho que precisamos melhorar a comunicação entre os membros da equipe. Já melhorou bastante, mas ainda é falha"* (PROF01; PROF18).

Fatores como 'estrutura física, grande demanda de atividades e resolutividade da rede de referência potencializariam as trocas recíprocas'.

> *Acredito que possa melhorar. Mas não assim, 'a' nível de posto, eu acho que, 'a' nível central. Em relação aos exames, a alta complexidade, uma resolutividade mais rápida. Poderíamos ter garantia das referências, dos apoios matriciais [...]. A gente não tem essa garantia. Se houvesse, ajudaria muito.* (PROF04; PROF13; PROF15; PROF23; PROF25; PROF27).

Um estudo realizado por Bezerra e Carvalho (2011), sobre os profissionais de saúde e os dispositivos de mediação da Atenção Básica, retrata que problemas estruturais podem dificultar as relações de troca. Os autores afirmam que, quando há falhas nas qualidades estruturais da unidade, ficam em risco a confiança e o respeito entre profissionais e usuários.

Compreender a interdependência do outro nas relações de trocas, significa reconhecer que não só os profissionais e a gestão são produtores do cuidado, e que os usuários, não são apenas os consumidores (LOPES, 2014). O 'respeito para com o outro', foi destacado, também, no DSC dos profissionais e usuários como fator importante nas relações do acolhimento. *"Com certeza, posso contribuir, respeitando os profissionais. Eu acho que isso é essencial"* (USU01).

> *O usuário pode contribuir, sim. Eu acho que ele deveria ter mais respeito pelo idoso, pelas pessoas que têm prioridade naquele momento. Há pessoas que não entendem que existem prioridades e, naquele momento, uma marcação de consulta não é prioridade, se tem uma criança com febre. Então, as pessoas precisam se organizar nessa questão de respeito ao próximo. Se, pelo menos, eles fossem mais coerentes, mais educados, mais conscientes [...] o posto não vai resolver tudo que eles querem.* (PROF03; PROF06; PROF12; PROF18; PRPF24; PROF29).

Apesar de estar inserido, atualmente, em uma realidade que inibe o intercâmbio de dádivas e as trocas recíprocas com alta demanda, problemas estruturais, problemas internos enfrentados pela própria equipe e opinião da população frente ao modelo médico-centrado, o acolhimento tem se mostrado como a ferramenta de inovação institucional proposta pela PNH, que tem qualificado as relações humanas e contribuído para a eficácia do serviço. O cotidiano das unidades não se resume a embates e desacordos. Iniciativas como o acolhimento, mesmo com todas as dificuldades, têm favorecido a relação entre trabalhador e usuário (BEZERRA; CARVALHO, 2011; LOPES, 2014).

A relação de reciprocidade com a presença de dádivas como afetividade, justiça, equidade, obrigação, respeito, gratidão e responsabilidade perante o outro, são promovidas pelas relações sociais vivenciadas no acolhimento entre profissionais e usuários. Porém, não é em todas as relações que as dádivas se configuram de maneira positiva: sentimentos como vingança, injustiça, desrespeito e ingratidão podem estar presentes nessas relações.

A forma como a reciprocidade se manifesta no acolhimento depende de critérios como: as características individuais, tanto dos profissionais como dos usuários; as condições em que estes profissionais estão inseridos para realizar o cuidado; a compreensão das formas como os usuários procuram cuidado, bem como eles propõem a resolução dos problemas de saúde (PINHEIRO; MARTINS, 2011).

Nesse sentido, construir e fortificar vínculos por meio das relações recíprocas exige do profissional um conhecimento prático ampliado, com ressignificação de práticas embasadas na lógica de cuidado integral, mesmo diante das dificuldades presentes na sua realidade (LOPES, 2014).

Tais reflexões reavivam a proposta do cuidado como uma estratégia relevante para a consumação da integralidade, com adoção de uma sabedoria prática, permitindo a permeabilidade do racionalismo técnico para aspectos não técnicos, essenciais à eficácia do próprio cuidado (VILAR, 2014).

Conclusões

Em sua política de humanização, o Ministério da Saúde, se apropriou de diversas ferramentas para estabelecer redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Entre essas ferramentas, o acolhimento surge como uma prática que possibilita reflexão e mudança nos modos de operar a assistência, pois questiona as questões clínicas e relacionais nos processos de trabalho em saúde e os modelos de atenção e gestão, bem como as relações entre trabalhadores e usuários no cotidiano dos serviços.

Pode-se afirmar que o acolhimento, pelo fato de possibilitar a humanização do atendimento, sugere a garantia de acesso a este, entendido como ingresso e apropriação do serviço de saúde oferecido. Refere-se à atenção dada aos problemas de saúde do usuário, de maneira qualificada, disponibilizando um feedback que proporcione a solução do seu problema ou o encaminhamento do mesmo para uma possível resolução. Por conseguinte, deverá promover a resolubilidade, já que o objetivo do trabalho em saúde é elucidar efetivamente o problema do usuário. O compromisso com o problema de saúde vai além da assistência propriamente dita, está relacionado também ao vínculo necessário entre o serviço e a comunidade que é usuária.

Os critérios que provocam influências na normatização do processo de trabalho do acolhimento também tiveram repercussões nas relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários, contribuindo para fortalecer ou enfraquecer os vínculos entre eles. De modo geral, no DSC dos profissionais e usuários, é evidente que as relações entre eles melhorou depois da implementação do acolhimento, favorecendo a troca de dádivas.

O DSC abordou os principais fatores que possibilitaram que dádivas como afetividade, respeito, justiça, responsabilidade e cuidado para com o próximo circulassem dentro das relações de reciprocidade, destacando-se o acesso (ao profissional e ao serviço), a resolutividade, a atitude acolhedora e a responsabilização para com os usuários.

Porém, há outros fatores no discurso que impedem as relações recíprocas entre trabalhadores e usuários, como estrutura física deficiente, demanda excessiva, precariedade da rede de referência, visão do usuário médico-centrada, vulnerabilidade da população e não entendimento do usuário sobre o acolhimento. Esses fatores permitiram a troca de dádivas egoístas como desafeto, descrença, desconfiança, desrespeito e injustiça.

Portanto, é importante discutir sobre o tipo de sentimento que cada caso produz no profissional: indiferença burocrática; desafio profissional; vontade de ajudar; e indisposição em função de alguma característica do usuário, como alcoolismo, dependência de drogas, violência, religião, ideologia etc. Do mesmo modo, o usuário oferece, aos profissionais e ao serviço de saúde, diferentes afetos que necessitam ser compreendidos pelos dois lados: dependência absoluta do técnico; esperança mágica; revolta; e desafio, entre outros. Esses sentimentos não devem impedir as relações recíprocas nem comprometer o vínculo de cuidado entre trabalhadores e usuários.

Colaboradores

Todos os autores/coautores contribuíram substancialmente para a concepção e o planejamento deste trabalho, bem como para a análise e a interpretação dos dados; para a elaboração do manuscrito e a revisão crítica do conteúdo. Todos igualmente participaram da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

BEZERRA, R. S.; CARVALHO, E. L. Profissionais de saúde e dispositivos de mediação na atenção básica. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2011. p. 149-160.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos: resolução CNS 466/12 e outras. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS*: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. *Política Nacional de Humanização*: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/040923FL.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2012.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 41-80.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 315-328, 2009.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. *Discurso do Sujeito Coletivo*: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2003.

_____. *Depoimentos e discursos*: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro, 2005.

_____. *Pesquisa de representação social*: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2012.

LOPES, A. S. *Acolhimento prescrito x real*: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família. 2014. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: _____. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003. p. 183-314.

MENDES, R. N. S. *Humanização & acolhimento*: uma revisão sistemática de literatura sobre a assistência no Sistema Único de Saúde. 2010. 40 f. Monografia (Especialização em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2011.

SABOURIN, E. Marcel Mauss: da dádiva à questão da reciprocidade. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 23, n. 66, p. 131-208, 2008.

SCHMIDT, M. B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 130-140, 2009.

VILAR, R. L. A. *Humanização na Estratégia Saúde da Família*. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

Recebido para publicação em novembro de 2014
Versão final em fevereiro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família*

User embracement in complex vision: collective action emerging in the Family Health Team

Suelen Alves Rocha[1], Regina Stella Spagnuolo[2]

RESUMO Pesquisa qualitativa que objetivou compreender a experiência da equipe com a prática do acolhimento na Estratégia Saúde da Família. O grupo focal conduzido com 13 integrantes da equipe, a análise de conteúdo sistematizou os dados. A Teoria da Complexidade e acolhimento-diálogo compuseram o referencial teórico. A equipe que atua como Sistema Dinâmico Complexo e Adaptativo pode ter o acolhimento como qualidade emergente. O potencializar das relações-encontros possibilita respostas diferentes aos modos de ser e agir do modelo newtoniano-mecanicista.

PALVRAS-CHAVE Estratégia Saúde da Família; Acolhimento; Atenção Primária à Saúde; Dinâmica não linear.

ABSTRACT *This qualitative research aimed to understand the team's experience with the practice of user embracement in the Family Health Strategy. The focus group conducted with 13 members of staff, content analysis systematized data. The Complexity Theory and user embracement dialogue comprised the theoretical framework. The team that acts as Complex and Adaptive Dynamics system can have the user embracement as an emerging quality. The potentiation of relations-meetings to enable different responses to the modes of being and acting of the Newtonian mechanistic model answers.*

KEYWORDS *Family Health Strategy; User embracement; Primary Health Care; Nonlinear dynamics.*

*Artigo resultante de trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-graduação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista (Unesp).

[1] Universidade Estadual Paulista (Unesp) – Botucatu, São Paulo, Brasil. *suelenalvesrocha@gmail.com*

[2] Universidade Estadual Paulista (Unesp) – Botucatu, São Paulo, Brasil. *rstella@fmb.unesp.br*

 DOI: 10.1590/0103-110420151040394

Introdução

A crise estrutural do subsetor público de saúde brasileiro evidenciada na década de 1990, decorrente dos problemas de acesso, humanização e resolubilidade dos serviços, impulsionou algumas proposições alternativas: modelo de vigilância em saúde (SOUSA; HAMANN, 2009), estabelecimento de ações programáticas, acolhimento, vínculo, entre outras (VIEIRA-DA-SILVA *ET AL.*, 2010).

Diversas experiências concretas foram operacionalizadas a partir desse período visando à superação dos problemas elencados. Assim, o acolhimento adquiriu espaço importante no cenário nacional como dispositivo indutor de modificações organizacionais, como a melhoria do acesso, do trabalho em equipe e da relação técnico-usuário (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Pesquisas posteriores demonstraram que o acolhimento possibilitou o estabelecimento de espaços de conversação entre profissionais e usuários (OLIVEIRA *ET AL.*, 2008; ASSUNÇÃO; URSINE, 2008); estímulo ao autocuidado (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008); maior visibilidade ao trabalho dos profissionais não médicos; melhoria de acesso; atenção mais qualificada e humanizada (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008); práticas inovadoras, como acolhimento coletivo (CAVALCANTE FILHO *ET AL.*, 2009) e de segmentos marginalizados da sociedade (ABDALLA; NICHIATA, 2008; ROMANO, 2008).

Contudo, outros estudos apontam que problemas com o acesso avançado ainda são abordados tangencialmente (VIEIRA-DA-SILVA *ET AL.*, 2010); a incorporação do acolhimento como ferramenta parcelar no processo de trabalho acarreta prejuízo na resolubilidade dos serviços (SCHOLZE, 2009) e sofrimento ao trabalhador (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012; SCHOLZE, 2009); a gestão coparticipativa do cuidado é pouco discutida na literatura nacional (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012); a qualificação da relação usuário-profissional e ampliação do reconhecimento das necessidades de saúde solicitam mudanças organizacionais (FALK *ET AL.*, 2010) e nas bases de estruturas mentais que definem o cuidado (MITRE *ET AL.*, 2012; CAVALCANTE *ET AL.*, 2009) as mudanças organizacionais adotadas pelos serviços fundamentam-se no controle dos usuários (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012); fragilidades no processo de educação permanente (MITRE; ANDRADE; COTTA 2012); profissionais com formação que privilegia ações curativas, fragmentadas, mecanizadas e médico-centradas (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008; FREIRE *ET AL.*, 2008). Esses achados apontam desafios na incorporação do acolhimento, sugerindo, em última instância, uma mudança paradigmática.

O paradigma hegemônico na saúde (mecanicista-newtoniano) originou o modelo biomédico, caracterizado pela separação corpo-mente, saúde-doença, parte-todo. Tal abordagem fortalece um modelo assistencial centrado no hospital, dependente de especialidades médicas, que valoriza o uso de tecnologias pesadas, resultando em elevados custos econômicos com pouco impacto na produção de saúde e formação humanística (BRASIL, 2010).

Segundo Morin (2008), essa realidade fragmentada-reduzida solicita a adoção de um princípio organizador e explicativo, denominado princípio da complexidade:

> É certo que ele [princípio da complexidade] se baseia na necessidade de distinguir e de analisar, como o precedente, mas, além disso, procura estabelecer a comunicação entre aquilo que é distinguido: o objeto e o ambiente, a coisa observada e o seu observador. Esforça-se não por sacrificar o todo à parte, a parte ao todo, mas por conceber a difícil problemática da organização. [...] Esforça-se por obter a visão poliocular ou polioscópica, em que, por exemplo, as dimensões físicas, biológicas, espirituais, culturais, sociológicas, históricas daquilo que é humano deixem de ser incomunicáveis. (MORIN, 2008, P. 30).

Neste artigo, a Equipe de Saúde da Família (EqSF) foi concebida como Sistema

Dinâmico Complexo e Adaptativo (SDCA) que, segundo Kirsbaum (2002), incorpora a não linearidade, a imprevisibilidade, o dinamismo da relação entre as partes, alta sensibilidade às condições iniciais e capacidade de auto-organização. Adicionalmente, apresentar-se-á a Teoria da Complexidade aliada ao acolhimento-diálogo, lançando nova luz à prática do acolhimento, que pode ser compreendido como um fenômeno emergente.

Mediante o exposto, questiona-se: A EqSF organiza-se como um SDCA tendo o acolhimento como qualidade emergente? Para tanto, objetivou-se compreender a experiência da equipe com a prática do acolhimento na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Método

Estudo de abordagem qualitativa realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município do interior paulista. No início de 2012, a população cadastrada na USF era de 951 famílias, totalizando 3.747 pessoas.

Essa USF, após dez anos de sua implantação (2003-2013), foi selecionada pelo gestor municipal para implementação do projeto de qualificação do processo de trabalho e produção do cuidado em Atenção Primária à Saúde (APS) e constitui um dos espaços de desenvolvimento do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, desenvolvimento de projetos do Programa de Educação para o Trabalho (PET) e da disciplina da graduação Interação Universidade, Serviço e Comunidade (Iusc) que integra os cursos de enfermagem, nutrição e medicina nos três primeiros anos.

Os dados foram coletados em maio de 2012 por meio da técnica de grupo focal, com a presença de um moderador e dois observadores. Em geral, o grupo focal é utilizado para estudar as diferentes opiniões, atitudes e percepções sobre um tema, um fato ou prática que emergem na interação grupal, possibilitando a construção de um conhecimento coletivo (VICTORIA; KNAUTH; HANSSEN, 2000). O encontro teve duração média de uma hora e foi norteado pelas questões: 1. Conte-me, para você o que é o acolhimento? 2. Como o acolhimento acontece na rotina diária de trabalho da EqSF? 3. Quais desafios são enfrentados para incorporação do acolhimento na prática?

Assim, o grupo focal foi composto por 13 profissionais, sendo: um enfermeiro, um médico, um dentista, um residente multiprofissional dentista, um residente multiprofissional fisioterapeuta, dois auxiliares de enfermagem, um auxiliar em saúde bucal, três agentes comunitários de saúde, um auxiliar de serviços gerais e um auxiliar administrativo, de maneira a obter representação de todos os membros da equipe multiprofissional. A participação dos profissionais no encontro transcorreu com tranquilidade, respeitando-se a técnica do grupo focal.

Os discursos foram gravados por meio digital, transcritos na íntegra e posteriormente eliminadas as gravações. A coleta de dados foi realizada após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa local, conforme ofício nº 23/2012, e a confirmação de participação dos profissionais por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Para tratamento dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo na abordagem representacional temática proposta por Bardin (2009), alicerçada nas fases: pré-análise, análise e exploração do material.

Como referenciais teóricos para alicerçar a discussão das categorias temáticas, utilizou-se o acolhimento-diálogo, conceito proposto por Teixeira (2005A, 2005B, 2003), e a Teoria da Complexidade a partir de conceitos de Wheathey (2004) e Mariotti (2010).

O acolhimento-diálogo proposto por Teixeira (2005A, 2003) é um dispositivo indispensável para o bom desempenho da lógica

tecnoassistencial. Teixeira aborda-o em uma perspectiva essencialmente 'comunicacional', entendendo a rede tecnoassistencial de um serviço de saúde como uma rede de conversações — cada nó dessa rede corresponde a um encontro, um momento de conversa envolvendo uma série de atividades técnicas específicas.

Por outro lado, as ciências da complexidade surgiram no século XX compreendendo um conjunto de disciplinas cuja finalidade é estudar os fenômenos complexos, permitindo a extração de princípios bem fundamentados. Entre as escolas que as compõem, destaca-se a teoria do caos, a matemática dos fractais, a teoria de estruturas dissipativas, de Ilya Prigogine, e a escola de Edgar Morin. Tais aplicações se estendem a quase todas as áreas da atividade humana, entre elas a educação, as ações em saúde, o mundo dos negócios, economia e administração. A complexidade tem sido entendida como o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos que constituem o nosso mundo fenomenal (MORIN, 1990).

Resultados e discussão

A partir das questões norteadoras aplicadas ao grupo focal, desvelaram-se quatro categorias temáticas que elucidam a prática do acolhimento na realidade dinâmica de trabalho na EqSF. Essas categorias se articulam de forma complementar permitindo a compreensão em profundidade dos cenários e razões que dificultam a emergência do acolhimento.

• Estabelecendo a empatia e a verticalidade das relações no cuidar: contradições do acolher. Apresenta o modelo assistencial biomédico dificultando que profissionais da equipe de saúde ultrapassem o simples estabelecimento de um encontro empático com usuários em direção à alteridade inerente ao acolhimento.

• Vivenciando a multiplicidade do acolher e os enfrentamentos para sua realização. Discute o acolhimento como ação coletiva emergente de uma equipe que atua em condições organizativas, estruturais e relacionais que permitem sua aproximação do conceito de SDCA.

• Triar ou acolher: interfaces do trabalho na EqSF. Enquanto SDCA, a EqSF tem potencial para auto-organização (tendo o acolhimento como qualidade emergente) ao perceber os ruídos e responder de maneira inovadora às pressões do meio ambiente, desde que seus membros possuam autonomia e diretrizes de autorreferência organizacional.

• Desafios na incorporação do acolhimento no cotidiano laboral. A incorporação do acolhimento solicita um modelo assistencial alternativo que qualifique as relações, promova a coparticipação na gestão do serviço e permita a atuação multiprofissional. Aponta-se a necessidade de líderes com visão complexa que saibam lidar com as incertezas e contradições do trabalho em saúde.

Estabelecendo a empatia e a verticalidade das relações no cuidar: contradições do acolher

A partir dos discursos, evidenciou-se o comportamento empático dos membros da equipe. Há o entendimento de que o acolhimento estabelece um encontro entre profissional e usuário possibilitando o exercício da capacidade de perceber a subjetividade do outro. Esse encontro permite uma suposição bastante acertada dos sentimentos do usuário, a compreensão das necessidades que o levaram à unidade de saúde e, consequentemente, a busca de possibilidades de respostas às problemáticas elencadas.

> *Então, receber aquela pessoa, ver o que ela precisa, sentir a necessidade dela, como se fosse um atendimento mais humanizado. Seria ouvir esta pessoa e tentar, no caso, ser resolutiva.* (P6.1).

No entanto, a contradição emerge no momento em que são reproduzidas práticas de relações verticais fundamentadas na comunicação linear - 'emissor' e 'receptor' - que remetem à afirmação das relações de poder tão comuns no processo cuidar.

> *Nesta parte do acolhimento, você tem que impor sua opinião profissional, tem que falar: – Você tem a sua opinião como pessoa, como cidadão, fique à vontade, mas às vezes a sua opinião não condiz com o que é a realidade do tratamento. [...] você (profissional) tem que pegar e mostrar (ao usuário) qual é o lugar dele! Não é muito legal essa expressão.* (P7.11).

Nesse contexto, apresenta-se o acolhimento-diálogo como uma resposta possível aos problemas de vínculo e acolhimento que comumente acontecem nos serviços de saúde. Trata-se de uma técnica de conversa que pode ter lugar em qualquer atendimento e/ou encontro com os usuários (TEIXEIRA, 2003). Busca a maior compreensão das necessidades do outro, obedecendo algumas disposições ético-cognitivas: todos sabem algo, ninguém sabe tudo e a conversa não torna os sentidos homogêneos ao diluir as divergências, mas faz emergir o sentido a partir delas (TEIXEIRA, 2005A).

Teixeira (2005A) esclarece que nesses encontros os afetos são criados e manipulados (afetabilidade). O primeiro impacto afetivo é efetivo quando mobiliza afetos que conduzem ao estabelecimento do vínculo, podendo ser comparado a uma relação de empatia. Ao ultrapassar a empatia e estabelecer uma 'zona de comunidade' (reconhecimento do que convém no encontro), chega-se ao segundo impacto, onde afetos de confiança podem ser alcançados. Quando a confiança é estabelecida, os sujeitos têm a liberdade de mostrar sua singularidade, passando do afeto de confiança (que sustenta o vínculo) ao afeto de acolhimento (terceiro impacto afetivo), onde começa o desafio da alteridade (TEIXEIRA, 2005A).

Segundo Scholze, Duarte Junior e Flores e Silva (2009), o conceito de alteridade, oriundo da antropologia, nega a existência de um centro do mundo ou do saber e aceita a pluralidade da humanidade e de culturas (com suas próprias complexidades e maturidade). Não se trata apenas da observação de diferentes realidades culturais, mas de admitir outro ponto de vista, por meio da experimentação da realidade cultural alheia, reconhecendo o outro como sujeito relacional em sua singularidade e não apenas como objeto.

Dessa forma, a empatia do profissional permite a compreensão dos afetos alheios, enquanto a alteridade aceita o outro como sujeito em seu sofrimento, ao invés de deter-se na doença, ampliando a capacidade de enfrentamento das situações problemas compartilhadas nos serviços de saúde (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; FLORES E SILVA, 2009).

Teixeira (2003) revela a necessidade de superação do 'monopólio do diagnóstico de necessidades' e da integração da 'voz do outro'. Considera ainda que a superação da 'cisão eu-outro' — mais uma modalidade de fragmentação em saúde — favoreceria uma intervenção para além da doença ou do corpo doente.

Entende-se que a concepção newtoniano-mecanicista em saúde, inerente ao modelo assistencial hegemônico, valoriza a formação clínica e de subespecialidades, e subestima o aspecto subjetivo/relacional do encontro com o usuário (MORETTI-PIRES, 2009). Em adição, a supervalorização do conhecimento acadêmico resulta na supremacia/dominação do poder do profissional sobre a saúde do usuário, enfatizando a dimensão biológica e distanciando-se das dimensões sociais, psicológicas e comportamentais implicadas no processo saúde-doença (MORETTI-PIRES, 2009). Contudo,

tentar excluir a subjetividade das interações sociais equivale a tentar extinguir a humanidade dos seres humanos (MARIOTTI, 2010).

Portanto, atuar na lógica do modelo assistencial biomédico, apesar das tentativas de modificá-la, confere a permanência da contradição entre o discurso (ideal almejado) e o estado atual das práticas em saúde. Logo, o simples exercício da empatia não é suficiente para consolidação do acolhimento.

Vivenciando a multiplicidade do acolher e os enfrentamentos para sua realização

Os discursos revelaram a multiplicidade do acolher em diferentes espaços no seu cotidiano laboral, tais como: discussão de casos, escuta qualificada, observação da comunicação não verbal, abordagem domiciliar e empoderamento do usuário. Observou-se, ainda, não existir um lugar destinado ao acolhimento. Acontece em todos os espaços possíveis, dentro ou fora da unidade de saúde. *"[...] às vezes um bom dia, já vejo um profissional com outro discutindo o caso, as auxiliares saem atrás pra saber qual é o problema, tem andado"* (P11.4).

Entretanto, emergiram dos discursos limitações em relação ao ato de acolher atribuídas aos próprios membros da equipe, ao usuário e à gestão do processo de trabalho: a falta de comunicação entre os profissionais, o imediatismo e individualismo dos usuários, a demanda espontânea crescente, a burocracia e a limitação do tempo.

> *[...] eu acredito que às vezes não é do jeito que deveria ser. Cada profissional tem a sua particularidade, tem alguns que [...] conseguem dar uma escuta mais qualificada, outros não gostam muito, já percebo um pouco de barreira.* (P6.6).

> *Mas se tivesse um espaço que tivesse mais auxiliares, que ela (auxiliar de enfermagem) não tivesse que entrar no sistema pra dar baixa em tudo, se não tivesse uma fila na farmácia, provavelmente esse acolhimento que já existe seria melhor [...]. É muita diferença. Há oito anos, eu tinha cento e trinta famílias, hoje eu estou com duzentos e oito famílias e mais algumas que já pediram cadastro.* (P1.14).

Nesse contexto, o acolhimento-diálogo pode funcionar como um operador presente em todos os pontos da rede de serviços (encontros com os usuários). O bom funcionamento desta rede depende do desempenho da recepção do usuário (processo de investigação, elaboração e negociação de suas necessidades), atividade não circunscrita a determinados espaços formais. Quanto maior a plasticidade dessa rede, maior a quantidade de singularizações possíveis. Assim, a possibilidade de diferentes indivíduos realizarem diferentes usos assistenciais pressupõe maior adaptabilidade do sistema à diversidade de necessidades (TEIXEIRA, 2003).

Concernente à relação da ação coletiva e individual, nada garante que todos os membros da equipe agirão para atingir determinado objetivo, ainda que todos fossem beneficiados. No entanto, a adesão do profissional não depende apenas das preferências pessoais. Antes, requer uma negociação na dinâmica do coletivo no qual está inserido (TEIXEIRA, 2005B). Portanto, os gestores (municipal e local) têm importante papel como mediadores da interação social, podendo promover (ou não) valores de integração e confiança entre indivíduos e grupos. Assim, Teixeira (2005B) considera necessário investimento no capital social visando ampliar a potência das ações coletivas.

Capital social é a capacidade de uma sociedade constituir laços de confiança interpessoal e redes de cooperação objetivando a produção de bens comuns (D'ARAÚJO, 2003). Desse modo, a confiança e qualidade dos laços sociais (capital social) interferem na construção coletiva do acolhimento e seus desdobramentos possíveis. Contudo, a ação coletiva na EqSF não depende apenas das

formas concretas de organização do trabalho, mas também da distribuição de poder na equipe. De acordo com Teixeira (2005A), a contradição entre o interesse individual e coletivo só tem lugar quando o homem está impedido de realizar plenamente seu direito natural (seu desejo/potência 'de governar e não ser governado'), isto é, quando há uma relação opressora.

Para Mariotti (2010), tudo que dificulta a autonomia e liberdade das pessoas pode ser considerado violência, incluindo as tentativas de condicionamento e determinação da forma de resposta das pessoas às pressões adaptativas do meio ambiente.

Nesse cenário, ao considerar que os grupos, organizações e instituições humanas são exemplos de SDCA, entende-se que o conhecimento desses sistemas pode auxiliar no processo de mudança comportamental dos membros da equipe, impulsionando a ressignificação das práticas e, em uma lógica de circularidade, incrementando qualitativamente as relações interpessoais e a produção coletiva do cuidado. Os SDCA são sistemas complexos caracterizados por baixa precisão e repetitividade, e, simultaneamente, grande adaptabilidade, criatividade e capacidade de inovar, além de possuírem um nível de erro mais elevado e incerteza (MARIOTTI, 2010).

Segundo Mariotti (2010), o contexto complexo é o domínio das múltiplas possibilidades. Logo, as práticas bem delimitadas e explicadas (melhores práticas) não atingem os resultados esperados. Quando isso acontece, culpabilizam-se as práticas, o modo de empregá-las ou as pessoas que as usam. Torna-se hábito trocar práticas e pessoas, somente para constatar que isso raramente resolve, quando, na verdade, esse cenário sinaliza a necessidade de práticas emergentes e adaptativas, implicadas em uma nova visão desse processo.

As instituições de saúde, entendidas como SDCA, têm capacidade interior para criar estruturas adequadas ao momento (adaptar-se), desde que seja permitido que a tarefa determine a forma organizacional (direcionamento coerente) e que as estruturas rígidas sejam substituídas pela capacidade de agir com flexibilidade às mudanças internas e externas.

Uma organização só evolui, nesse sentido, quando tem acesso às informações relativas a fatores externos e recursos internos, possibilitando o incremento da capacidade de autopercepção, incorporando uma multiplicidade de mecanismos de avaliação e uma vigorosa capacidade de reflexão. A receptividade às informações ambientais ao longo do tempo propicia um sentido mais forte de identidade, tornado a organização menos permeável às mudanças induzidas pelo ambiente externo, em uma dinâmica auto-organizadora do sistema (WHEATLEY, 2004).

O conceito de auto-organização refere-se à habilidade de reconfiguração organizacional do sistema para lidar com novas informações. Níveis crescentes de perturbação no sistema impulsionam a autorrenovação, ultrapassando a simples estabilidade (WHEATLEY, 2004).

Em suma, um modelo de gestão participativo que permita espaços de construção coletiva compartilhando poder — por meio da participação na tomada de decisões e incremento das informações circuladas numa lógica de retroalimentação do sistema — parece ser uma alternativa para a implementação do acolhimento em serviços de saúde.

Triar ou acolher: interfaces do trabalho na EqSF

Nessa categoria, surge fortemente a noção de triagem como um ato similar ao acolhimento. Porém, algumas dúvidas sobre competências técnicas e conceitos se apresentam e a equipe discorre a respeito de triagem com classificação de risco e sua interface no acolhimento da USF.

"Mas o que preconiza o Programa de Saúde da Família é que tenha o acolhimento, não que você faça uma triagem, então é uma inversão" (P10.8).

"A triagem não deixa de atender o paciente, é dar prioridade pra alguém que esteja com uma queixa maior no momento, [...] faz parte do acolhimento saber" (P6.8).

Entende-se por triagem o primeiro atendimento profissional prestado aos usuários do serviço de saúde, objetivando uma avaliação inicial, classificação do risco e encaminhamento adequado às unidades/especialidades de assistência. No Brasil, o termo triagem é pouco aceito, pois historicamente está associado ao ato de dispensar o usuário, sem atendimento (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

Dessa forma, para não confundir ou criar resistências, a Política Nacional de Humanização (PNH) propõe o acolhimento com classificação de risco, determinando a agilidade no atendimento a partir da análise, fundamentada em protocolos estabelecidos de forma participativa nos serviços de saúde e avaliação das necessidades do usuário em função do seu risco e vulnerabilidade, garantindo a priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada. Portanto, realiza-se a análise clínica e ordenação da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, uma vez que todos serão atendidos.

Em resposta aos esforços empreendidos na efetiva organização e estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a Portaria n.º 4.279 declara a responsabilidade da APS — como centro comunicacional da RAS — de coordenar e ordenar o cuidado. A Portaria afirma a necessidade de retaguarda adequada pactuada para o referenciamento daqueles pacientes que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados nas EqSF necessitem de cuidados disponíveis em serviços de outros níveis de complexidade.

A partir desse entendimento, o acolhimento com avaliação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e implementação da promoção da saúde em rede, pois em sua concretização ultrapassa o espaço de gestão local apontando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e das micropolíticas (BRASIL, 2004).

Sabe-se que estas duas tecnologias — acolhimento e classificação de risco — têm objetivos diferentes, porém complementares, podendo coexistir em espaço físico distinto, mas nunca díspares no processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Na USF estudada, o entendimento de acolhimento como uma triagem mais humanizada contribui com a sobrecarga de trabalho, uma vez que corresponde ao ordenamento da demanda espontânea por consulta, em uma concepção médico-centrada privilegiando ações curativas. Dessa maneira, é produzida, na maioria das vezes, uma assistência mecanizada apoiada em protocolos, resultando em prescrições, procedimentos técnicos fragmentados e diminuição da autonomia do usuário. *"[...] é muito acolhimento e às vezes atrapalha um pouquinho [...]"* (P5.6). *"Acolhimento não é simplesmente chegar e ouvir, às vezes precisa dar um puxão de orelha [...] ai a pessoa sintoniza e começa seguir tudo certinho"* (P7.11).

Compreende-se que ações de recuperação fazem parte do cuidar, porém devem ser combinadas com outras de promoção e prevenção. Caso contrário, se mantém o ciclo doença-intervenção, diminuição do autocuidado e demanda assistencial crescente e insatisfeita com o serviço.

Nesse contexto, quando um profissional entende que o acolhimento com classificação de risco é mais amplo que triar e incorpora em sua prática outros aspectos relacionais que permitem o encontro com o usuário, acaba por se frustrar ao não obter a retaguarda necessária à demanda levantada. Com o passar do tempo, pode, sem perceber, criar barreiras no acolher por sentir-se impotente, não desejando conhecer algo que não sabe como lidar, vivenciando a dicotomia triar-acolher.

Percebe-se que quando o modelo assistencial não permite a expressão de um dos

sujeitos aparecem certos ruídos, concebidos inúmeras vezes como desarranjos no processo laboral, sinalizando a necessidade de investimentos em novas formas de gerir e operar o trabalho em saúde. Pinheiro e Oliveira (2011) explicitam o dever de assegurar que o dispositivo do acolhimento atue como diálogo entre os sujeitos, e não como instrumento silenciador de uma condição que requer mudanças.

O ruído organizacional incrementa a complexificação do sistema por lhe permitir aumento de informações e de interconexões disponíveis, ocasionando um maior repertório de possibilidades de respostas às variações ambientais. Portanto, é por meio do ruído organizacional que se pode desenvolver qualidades emergentes mais sofisticadas e eficazes no nível de equipes de trabalho (ALEKSANDROWICZ, 2009).

Wheatley (2004) afirma que os SDCA assinalam a necessidade de respostas inovadoras às perturbações ambientais, que permitam que o sistema se altere de maneira a permanecer coerente com sua própria natureza e ambiente em que se encontra (autorreferência).

Ao se possibilitar autonomia no nível das equipes, deixando pessoas ou unidades dirigirem suas decisões por diretrizes de autorreferência organizacional, pode-se alcançar a coerência e continuidade. A auto-organização é bem sucedida quando oferece sustentação à atividade independente de seus membros ao lhe conceder um forte quadro de referência, permitindo que o sistema alcance maiores níveis de autonomia e integralidade (WHEATLEY, 2004).

Essa autora ressalta que, por vezes, as pessoas apresentam um desejo enraizado de serem governadas, resultando na necessidade de orientação externa, fazendo com que a falta de 'regras claras' (melhores práticas) deixem-nas perdidas. No entanto, esse desejo, quando realizado, tolhe a criatividade e estimula a obediência, o conformismo e a mediocridade. Já as mínimas especificações (direcionamento coerente) estimulam a criatividade e autonomia.

Todavia, na atenção primária, principalmente em USF, o acolhimento tem sido combinado com dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços de saúde (recepção, triagem, acesso). Por vezes, sofre uma série de modificações que chega ao limite de esvaziá-lo de significado, sendo apenas um nome novo para uma 'velha' atividade (algum tipo de pronto-atendimento) (TEIXEIRA, 2003).

O conceito de acolhimento não pode ser restrito à recepção da 'demanda espontânea', mas tratado como próprio de um encontro de afetabilidade, como qualificador da relação, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer ponto da rede e não apenas na recepção. O acolhimento na porta de entrada só tem sentido se entendido como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2004).

Desafios na incorporação do acolhimento no cotidiano laboral

A equipe elenca alguns desafios na incorporação do acolhimento, a saber: imprevisibilidade, imediatismo, individualismo, exigência de produção, fragmentação do ser humano, recursos humanos insuficientes, desconhecimento por parte da comunidade acerca do processo de trabalho na USF e o predomínio do modelo assistencial biomédico.

> *Pra incorporar o acolhimento como deveria, na teoria é quase impossível, [...] nós lidamos com o ser humano, que tem muitas variáveis. Isso deixa a saúde totalmente imprevisível.* (P7.15).

> *[...] tanto a população, quanto a equipe de saúde estão voltadas para o modelo biomédico, às vezes, tem outras formas de fazer aquela atividade ou de dar conduta pra aquela coisa.* (P10.14).

Pode-se inferir que, no cotidiano de trabalho da USF estudada, o acolhimento aumenta quase que exclusivamente a demanda médica. Este fato foi explicado por Oliveira, Tunin e Silva (2008), mediante algumas proposições: na preferência dos usuários pelo atendimento curativo, influenciados pela cultura de que saúde é ausência de doenças; pela hegemonia histórica médico-curativa que subalterniza a intervenção dos demais profissionais; por ruídos comunicacionais entre usuário e equipe de acolhimento dificultando a verbalização, por parte do usuário, e/ou o entendimento, por parte do profissional, da real necessidade apresentada pelo usuário.

No entanto, segundo Pinheiro e Oliveira (2011), a proposta do acolhimento deveria ser o resgate e o incremento da potência do conhecimento técnico das equipes, permitindo o enriquecimento da intervenção dos vários profissionais da saúde na assistência.

Mais uma vez, apresenta-se a necessidade de mudança no modelo assistencial. Afinal, a pretendida 'reversão do modelo tecnoassistencial' para Teixeira (2003) parece mais ser 'reversão do modelo comunicacional' vigente nos serviços.

Nessa perspectiva, Teixeira (2003) reconhece a importância da transformação da relação profissional-usuário na construção de um modelo assistencial alternativo, capaz de acumular experiências contra-hegemônicas. A possibilidade de ressignificação do usuário no processo de trabalho — em uma dimensão complexa — enfatiza a coparticipação no planejamento da assistência, valorizando os saberes e o entorno sociocultural, num gradativo processo de horizontalização e humanização da relação técnico-usuário (MORETTI-PIRES, 2009).

Todavia, a estratégia metodológica apropriada para elucidar a complexidade dos fenômenos de saúde não se resume a olhares múltiplos, coabitando ou coexistindo em um num determinado campo científico, mas é preciso descobrir a unidade nessa imensa diversidade complexa de objetos, mirantes e olhares (ALMEIDA FILHO, 2005).

Assim sendo, ao deixar o sistema evoluir diante das incertezas e imprevisibilidades inerentes, ver-se-á que a forma dominante das organizações em saúde poderá ser mantida ao se conservar a clareza acerca do propósito e da direção da organização. Ao manter-se o foco, pode-se fazer mais que exercer apenas o controle direto: cria-se a flexibilidade e a responsabilidade pelas quais toda instituição anseia (MARIOTTI, 2010).

Os líderes, em um mundo complexo são convidados a moldar suas organizações por meio de conceitos, em vez de fazê-lo mediante elaboradas regras ou estruturas. A presença desse princípio orientador (autorreferência) permite tanto a criatividade como os limites, tanto a evolução como a coerência, tanto o determinismo como o livre-arbítrio (WHEATLEY, 2004).

Considerações finais

O uso da técnica de grupo focal, da análise de conteúdo e referenciais teóricos inovadores permitiu compreender e discutir as contradições e aproximações que envolvem a prática do acolhimento na EqSF do ponto de vista da equipe.

A equipe que atua como Sistema Dinâmico Complexo e Adaptativo pode ter o acolhimento como qualidade emergente. Contudo, o contexto na USF apresenta-se ainda fragmentado, mediado pela hierarquização das relações de poder, atravessado por regras rígidas e forte apego ao controle. Tais fatores dificultam a evolução desse sistema, e, por conseguinte, que profissionais ultrapassem o exercício simples da empatia em direção à alteridade inerente ao acolhimento.

É nas relações interpessoais e interprofissionais que está a força para mudanças, a partir da emergência de novos padrões de comportamento que incrementem a criatividade e possibilitem o acolhimento.

Entende-se que, quando se potencializa essas relações-encontros, abrem-se possibilidades para respostas diferentes aos velhos modos de ser e agir típicos do modelo newtoniano-mecanicista, que dá potência para as tarefas em detrimento das relações.

Assim, as relações gestores, comunidade, profissionais devem ser potencializadas e autorreferenciadas por conceitos claros e inovadores — fundamentados em um novo paradigma da ciência — que permitam repensar as práticas do acolhimento emergentes nos pontos de encontro da rede tecnoassistencial oferecendo subsídios para evolução desse sistema.

Este artigo, apesar do cenário loco-municipal, oferece evidências explicativas que podem ser aproveitadas em experiências semelhantes. ■

Referências

ABDALLA, F. T. M.; NICHIATA, L. Y. I. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/AIDS das mulheres atendidas pelo programa saúde da família no município de São Paulo, Brasil. *Saude soc.*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 140-52, 2008.

ALEKSANDROWICZ, A. M. C. Participação e integração: o ponto de vista das teorias da auto-organização. *Cienc. saude colet.*, Rio de Jnaeiro, v. 14, supl. 1, p. 1609-18, 2009.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. Saude soc, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 30-50, 2005.

ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo programa saúde da família, Ventosa, Belo Horizonte. *Cienc. saude colet.*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2189-97, 2008.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Institui diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Como elaborar projetos de pesquisa para o PPSUS:* guia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). *Relatório Final da Oficina HumanizaSUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 12 abr. 2014.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 315-28, 2009.

D'ARAÚJO, M. C. *Capital social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

FALK, M. L. R. et al. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 13, n.1, p. 4-9, 2010.

FREIRE, L. A. M et al. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. *REME*, Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 271-77, 2008.

KIRSHBAUM, D. *Introduction to Complex Systems Theory*: basic definition [internet]. Disponível em: <http://www.calresco.org/intro.htm>. Acesso em: 12 abr. 2014.

MARIOTTI, H. *Pensando diferente para lidar com a complexidade,* a incerteza e a ilusão. São Paulo: Atlas S. A., 2010.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Cienc. saude colet*., Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-85, 2012.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 153-66, 2009.

MORIN, E. *Ciência com consciência*. 12 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

_____. *Introdução ao Pensamento Complexo*. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.

OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface (Botucatu)*, Botucatu v. 12, n. 27, p. 749-62, 2008.

OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção à saúde. *Rev. APS,* v. 11, n. 4, p. 362-73, 2008.

PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 727-39, 2011.

ROMANO, V. F. As travestis no programa saúde da família da Lapa. *Saude soc*., São Paulo, v. 17, n. 2, p. 211-19, 2008.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; FLORES E SILVA, Y. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 303-14, 2009.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Family Health Program in Brazil: an incomplete agenda? *Cienc. saude colet*., Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1325-35, 2009.

TEIXEIRA, R. R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.* Rio de Janeiro: Cepesc, 2003. p. 91-113.

_____. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Cienc. saude colet*., Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-97, 2005a.

_____. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 219-34, 2005b.

VICTORA, C.; KNAUTH, D. R.; HANSSEN, M. N. *A pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. et al. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica. Salvador, 2005-2008. *Rev. Bras. saude mater. infant*., Recife, v. 10, supl. 1, p. S131-43, 2010.

WHEATLEY, M. *Liderança e a nova ciência*. 10 ed. São Paulo: Cultrix, 2004.

Recebido para publicação em julho de 2014
Versão final em dezembro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco

Access and quality: evaluation of Oral Health Teams participating PMAQ-AB 2012 in Pernambuco

José Eudes de Lorena Sobrinho[1], Petrônio José de Lima Martelli[2], Maria do Socorro Veloso de Albuquerque[3], Tereza Maciel Lyra[4], Sidney Feitosa Farias[5]

RESUMO Avaliou-se o acesso e a qualidade das ações e serviços das Equipes de Saúde Bucal participantes do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Pernambuco no ano de 2012. Trata-se de um estudo transversal e descritivo em que se utilizou a base de dados do referido Programa. Foi constatada disponibilidade de equipamentos e insumos odontológicos garantindo a realização de procedimentos clínico-cirúrgicos, com exceção dos referentes à prótese dentária. Dificuldades para marcação de consulta ainda são relatadas pelos usuários e ainda há indefinição dos fluxos de referência e contrarreferência para os serviços especializados.

PALAVRAS-CHAVE Gestão de qualidade; Saúde bucal; Avaliação de serviços de saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *Access and quality of services and actions by oral health teams participating in the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care in Pernambuco in 2012 were evaluated. This is a cross-sectional and descriptive study in which is used the database of the referred program. The availability of equipment and dental supplies were confirmed, ensuring the achievement of clinical and surgical procedures, except for those concerning to dentures. Difficulties for scheduling a consultation are still reported by users, and there is still uncertainty of reference flows and counter-reference to specialized services.*

KEYWORDS *Quality management; Oral health; Health services evaluation; Primary Health Care.*

[1] Faculdade Associação Caruaruense (Asces) – Caruaru (PE), Brasil. Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife (PE), Brasil.
eudeslorena@hotmail.com

[2] Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Departamento de Medicina Social – Recife (PE), Brasil.
petronio.martelli@ufpe.br

[3] Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina Social – Recife (PE), Brasil.
soveloso@oi.com.br

[4] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM) – Recife (PE), Brasil.
terezalyra@cpqam.fiocruz.br

[5] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM) – Recife (PE), Brasil.
sidney@cpqam.fiocruz.br

 DOI:10.1590/0103-110420151040209

Introdução

A avaliação da qualidade de serviços e ações em saúde bucal é objeto recente de pesquisas. Forte incremento no estado da arte tem sido observado a partir da inclusão da Equipe de Saúde Bucal (EqSB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). Fato que se deve aos questionamentos provenientes de pesquisadores, gestores, profissionais da saúde e usuários quanto aos impactos promovidos pela implantação destes serviços e aos percursos a serem tomados (COLUSSI; CALVO, 2012). Essas mesmas autoras afirmam que é preciso institucionalizar a avaliação, ou seja, incorporá-la à rotina dos serviços como parte integrante do planejamento, dando suporte à formulação de políticas e aos processos decisórios.

Tradicionalmente, o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) e o Pacto de Indicadores da Atenção Básica se constituíram como os principais instrumentos de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica (AB) no País. Além desses, a proposta de autoavaliação das Equipes de Saúde da Família através da Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) também foi incorporada como um dos mecanismos avaliativos nesse nível de atenção à saúde (BRASIL, 2008).

Com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB com garantia de um padrão comparável nacional, regional e localmente, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) por meio da Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011.

O Programa está organizado em quatro fases que conformam um ciclo contínuo: fase 1 - adesão e contratualização; fase 2 - desenvolvimento; fase 3 - avaliação externa; e fase 4 - recontratualização (BRASIL, 2011).

Em 2012, a ESF estava presente em 94,4% dos municípios brasileiros (32.498 equipes, com cobertura populacional de 53,7%). No estado de Pernambuco, essa estratégia estava implantada em 100% dos municípios com cobertura populacional média de 68,7%. Diante do considerável aumento na oferta de serviços básicos de saúde ocorrido nos últimos anos e das melhores proporções entre número de EqSB e de Equipes de Saúde da Família (EqSF), quando em comparação aos dados nacionais, é necessária a avaliação do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde bucal prestados à população no estado de Pernambuco.

Assim, definiu-se como objetivo de pesquisa avaliar o acesso e a qualidade das ações e serviços das EqSB participantes do PMAQ-AB no estado de Pernambuco no ano de 2012.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e analítico, de corte transversal, cujos dados foram provenientes da avaliação externa (fase 3) do PMAQ-AB, que coletou informações para a análise das condições de acesso e de qualidade das EqSB participantes do Programa. Para a realização da fase 3, foi utilizado um instrumento de avaliação elaborado pelo Ministério da Saúde para essa finalidade, contendo padrões de qualidade estabelecidos de acordo com as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam ações e práticas, conhecimentos técnicos e científicos atuais, considerando a competência dos atores envolvidos. Tal instrumento estava organizado em três módulos:

- Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde (UBS), cujas questões estão direcionadas para a realização do censo de infraestrutura da unidade de saúde;

- Módulo II - Entrevista com o profissional sobre o processo de trabalho da equipe de AB e a verificação de documentos na UBS, direcionado para a realização da avaliação externa das referidas equipes;

• Módulo III - Entrevista com o usuário na UBS sobre satisfação, condições de acesso e utilização do serviço de saúde.

Os dados coletados foram organizados em três bancos de dados, conforme preconizava a metodologia da avaliação externa do PMAQ-AB: o do censo das UBS, o das entrevistas com profissionais das equipes que aderiram ao Programa e o que se refere às informações originadas das entrevistas com os usuários.

As análises foram realizadas através do *software* IBM *SPSS* versão 21. Para a elaboração deste artigo, foram selecionados os resultados das seguintes variáveis: infraestrutura, equipamentos e insumos odontológicos; processo de trabalho das EqSB; e percepção dos usuários sobre estes serviços.

A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (parecer nº 32012, de 06 de junho de 2012; CAEE 02040212.1.0000.5240), não havendo conflito de interesses entre os pesquisadores envolvidos e o objeto pesquisado.

Resultados e discussão

A apresentação e discussão dos resultados estão organizadas em três seções: infraestrutura, equipamentos e insumos odontológicos; processo de trabalho das EqSB; e percepção dos usuários sobre os serviços.

I - Infraestrutura, equipamentos e insumos odontológicos

Consultórios odontológicos compõem a infraestrutura de 1.522 unidades de saúde do estado de Pernambuco, o que corresponde a 75,38% das 2.019 unidades que integram o universo do censo da infraestrutura, atividade do Módulo I da avaliação externa do PMAQ-AB que alcançou 100% dos estabelecimentos deste nível de atenção à saúde.

Observou-se que a maioria das 1.522 unidades de saúde com consultórios odontológicos apresentou disponibilidade dos equipamentos necessários para a realização das ações e serviços de saúde bucal, com exceção do item autoclave exclusiva para odontologia, o qual não fora identificado em 65% unidades.

A ausência de equipamentos importantes para a realização de procedimentos dentários restauradores, como amalgamadores e fotopolimerizadores, foi identificada, respectivamente, em 17% e 12% das unidades de saúde. A disponibilidade desses e dos demais equipamentos pode ser visualizada na *tabela 1*.

Tabela 1. Disponibilidade de equipamentos odontológicos nas Unidades Básicas de Saúde com EqSB participantes do PMAQ-AB. Pernambuco, 2012

ITENS	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Amalgamadores	1.263	83%	259	17%
Cadeira odontológica	1.476	97%	46	3%
Compressores de ar	1.430	94%	92	6%
Equipos odontológicos com pontas de alta e baixa rotação	1.453	95,5%	69	4,5%
Fotopolimerizadores	1.339	88%	183	12%
Mochos odontológicos	1.436	94,4%	86	5,6%
Refletor	1.453	95,5%	69	4,5%
Unidades auxiliares com bacia cuspideira e/ou terminal de sugador	1.450	95,3%	72	4,7%
Autoclave para odontologia	532	35%	990	65%

Fonte: BRASIL, 2012

Quanto aos insumos odontológicos, em 1.232 unidades (80,94%) estava disponível amálgama em cápsula ou material para preparo, em 1.263 (82,98%) havia diversos tipos de cimentos, em 1.328 (87,25%) havia fios de sutura odontológica, 861 (56,57%) possuíam selantes, 1.362 (89,48%) possuíam anestésicos e 1.321 (86,79%) apresentavam resinas compostas fotopolimerizáveis.

A garantia da infraestrutura necessária ao funcionamento das UBS, assim como a manutenção regular dos insumos necessários para o seu funcionamento, são obrigações comuns a todas as esferas de governo, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012).

Mesmo com a normativa, a falta ou escassez de insumos odontológicos foi evidente nas equipes, limitando a realização de alguns procedimentos clínicos. Resultados similares foram encontrados por Rocha e Araújo (2009) em estudo desenvolvido no município de Natal (RN), onde a maioria dos Cirurgiões-Dentistas (CDs) avaliou como razoável o ambiente físico das unidades de saúde em que atuavam, com destaque para as categorias estrutura física inadequada e falta de manutenção dos equipamentos.

Em estudo sobre as EqSB do Recife (PE), Silva (2008) as categorizou como regular no que se referia aos equipamentos e insumos odontológicos disponíveis para o funcionamento. Ao avaliar a estrutura das UBS do município do Cabo de Santo Agostinho (PE), Macedo (2013) as classificou como de baixa qualidade. Nessa pesquisa, apenas 67,56% das unidades dispunham de consultórios odontológicos.

Do mesmo modo, pesquisa desenvolvida por Souza (2011) nas UBS do município de Três Rios (RJ) concluiu que nenhuma delas atendia às normatizações do Ministério da Saúde quanto à estrutura física. Fato que se deve ao inadequado planejamento para a implantação das EqSF e de saúde bucal.

Nascimento, Santos e Carnut (2011), ao realizar revisão sistemática de literatura, a fim de identificar os problemas das EqSF, consideraram a estrutura das unidades como um obstáculo para a efetivação da PNAB.

II - Processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal

A avaliação externa foi realizada em 1.009 equipes que aderiram ao PMAQ-AB em 2012, sendo entrevistados 1.009 profissionais (1,5% CDs, 5,9% médicos e 92,6% enfermeiros).

Das equipes de AB que aderiram ao Programa, 801 (79,38%) possuíam profissionais da saúde bucal, destas 747 (93,2%) eram EqSF com saúde bucal e 54 (6,8%) equipes de AB parametrizadas com saúde bucal. Essas 801 equipes de AB com saúde bucal foram entrevistadas, conforme previa o Módulo II da avaliação externa, para verificar o processo de trabalho desenvolvido com foco no acolhimento, agenda compartilhada, oferta de ações por ciclos e condições de vida, realização de procedimentos odontológicos, referência para serviços especializados.

A) ACOLHIMENTO E AGENDA COMPARTILHADA

Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea, e o primeiro atendimento às urgências são algumas das recomendações do Ministério da Saúde para o processo de trabalho na AB (BRASIL, 2012).

O Cirurgião-Dentista (CD) foi apontado como um dos profissionais que atua no acolhimento na unidade de saúde em 369 equipes (46,06%) e como um dos que utilizam agenda compartilhada em 629 (78,5%). A divisão da agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias dificulta o acesso dos usuários, contraria o disposto na PNAB e enfraquece o planejamento de trabalho das próprias equipes de AB (BRASIL, 2012).

O acolhimento à demanda espontânea é realizado de forma específica para a saúde bucal por 643 equipes (80,27%). A avaliação do risco e da vulnerabilidade no primeiro atendimento é feita por 729 equipes (91,01%) e a oferta é definida em função do risco em 645 equipes (80,52%). No entanto, apenas existe protocolo de acolhimento à demanda espontânea em 275 equipes (34,33%) e em 629 (78,52%), existe garantia de agenda para a continuidade do tratamento dos usuários.

As observações realizadas por Santos e Assis (2006) nas UBS do município de Alagoinhas (BA) demonstram que a recepção funciona segundo critérios administrativos, como meio para barrar ou limitar a demanda por serviços e que na prática odontológica também não foi percebido um processo acolhedor.

Neves, Pretto e Ely (2013) sugerem que ainda existe desconhecimento sobre o acolhimento como conceito e enquanto dispositivo de acesso por parte de alguns trabalhadores que atuam na AB. Esses mesmos autores, por meio de estudo em uma UBS de Porto Alegre (RS), demonstraram que a maioria dos usuários entrevistados relatou desconhecer a forma de acesso ao atendimento odontológico.

Por sua vez, usuários de uma unidade de saúde do município de João Pessoa (PB), entrevistados por Cavalcanti et al. (2012), relatam que a implantação do acolhimento contribuiu para a qualificação do serviço de saúde e dos cuidados em saúde bucal, favorecendo a ampliação do acesso e da resolutividade. Esse fato evoca a importância de se adotar o acolhimento como prática nas EqSB.

B) OFERTA DE AÇÕES POR CICLOS E CONDIÇÕES DE VIDA

O trabalho da equipe deve ser centrado nos principais agravos em saúde bucal e no desenvolvimento de ações que garantam o cuidado em ciclos e condições de vida da população (BRASIL, 2006A). A esse respeito, constatou-se que 616 equipes (76,9%) ofertam consultas odontológicas durante o acompanhamento das gestantes e, quanto ao cuidado domiciliar, este é executado pelo CD em 589 equipes (73,53%) e pelo técnico ou auxiliar em saúde bucal em 496 (61,92%).

Realizar atenção domiciliar, destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, se constitui uma das recomendações da PNAB (BRASIL, 2012).

Também foram mencionadas a oferta de prevenção e acompanhamento do câncer de boca por 472 equipes (58,92%). Campanhas para detecção do câncer de lesões bucais e encaminhamento dos casos suspeitos acontecem em 567 das equipes (70,78%). Os casos suspeitos/confirmados são registrados e acompanhados por 422 equipes (52,68%).

Costa Júnior e Serra (2011) identificaram que 90% dos CDs das EqSB do município de Resende (RJ) não haviam recebido capacitação institucional sobre diagnóstico precoce e encaminhamento de pacientes cadastrados nas suas áreas de atuação, com suspeita de lesões orais consideradas pré-cancerosas, justificando as limitações destes profissionais em desenvolver detecção de lesões.

Estudo desenvolvido por Pimentel *et. al* (2010) identificou dificuldades de realização dos procedimentos coletivos de promoção e prevenção em saúde bucal por parte dos CDs, embora se observem esforços para superar o modelo de atenção voltado às práticas curativas.

Esses dados refletem que ainda não há plena adesão das equipes às diretrizes nacionais da Política Nacional de Saúde Bucal — Brasil Sorridente, no que diz respeito à ampliação e qualificação da AB (BRASIL, 2004A).

C) REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS

Os números encontrados na pesquisa revelam que se atende parcialmente ao disposto nas atribuições do CD dentro das

equipes de AB, pois há realização dos procedimentos clínicos e pequenas cirurgias ambulatoriais em saúde bucal, conforme demonstra a *tabela 2*. No entanto, não estão aí incluídos os atendimentos das urgências e procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias elementares (BRASIL 2012).

Tabela 2. Procedimentos odontológicos ofertados nas Unidades Básicas de Saúde com EqSB participantes do PMAQ-AB. Pernambuco, 2012

PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Aplicação de selante	598	74,65%	203	25,35%
Aplicação tópica de flúor	782	97,62%	19	2,38%
Restauração de amálgama	747	93,25%	54	6,75%
Restauração de resina composta	759	94,75%	42	5,25%
Exodontia	772	96,38%	29	3,62%
Selamento provisório de cavidade dentária	758	94,63%	43	5,37%
Curativo de demora	749	93,5%	52	6,5%
Drenagem de abscesso dentoalveolar	665	83,02%	136	16,8%
Raspagem, alisamento e polimento supragengivais	762	95,13%	39	4,87%

Fonte: BRASIL, 2012

Na visão de Baldani e colaboradores (2005), as EqSB ainda encontram dificuldades para a realização das práticas pertinentes às diretrizes da PNAB, como visitas domiciliares pelo dentista, ações de prevenção e promoção à saúde, bem como reuniões com a comunidade de abrangência.

Pimentel e colaboradores (2012) supõem que muitas dessas dificuldades estejam relacionadas ao porte populacional dos municípios, pois os de grande porte, com maior poder econômico, teriam uma melhor estrutura de serviços disponível para o desenvolvimento das ações de saúde, quando comparados aos municípios de médio e pequeno porte.

Outra dificuldade constatada pela pesquisa está atrelada à reabilitação protética pelas EqSB, pois em apenas 1,2% é realizada a moldagem da prótese dentária. Já a entrega com o consequente acompanhamento do usuário acontece em 3,2% das EqSB. Números pouco significativos quando se leva em conta a vinculação de recursos financeiros para estas finalidades (BRASIL, 2004B).

Na maioria das EqSB (56,3%), não existe sequer referência para profissionais protesistas e ações para a identificação de pessoas que necessitam de prótese dentária foram relatadas por 317 equipes (39,57%).

A avaliação do uso e necessidade de prótese ajuda a entender o agravo 'edentulismo', servindo ao mesmo tempo para estimar a gravidade do problema e para subsidiar ações de planejamento (BRASIL, 2011).

Considerando os dados obtidos pela 'Pesquisa nacional de saúde bucal (SB) Brasil 2010' (BRASIL, 2011), no quesito 'necessidade de prótese dentária', as regiões Norte e Nordeste apresentaram os piores indicadores para todas as faixas etárias pesquisadas (15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos). A baixa oferta de reabilitação protética, identificada no estado de Pernambuco, corrobora e perpetua a situação epidemiológica apresentada.

D) REFERÊNCIA PARA SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Integrar a AB aos demais níveis de atenção à saúde tem se constituído um desafio para o sistema de saúde brasileiro (MENDES, 2011). Há evidências na literatura internacional e brasileira de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários/epidemiológicos e a satisfação dos usuários, além de reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde (MOYSÉS, 2012). Este autor propôs um exemplo de rede de atenção à saúde, com pontos de atenção e linhas de cuidado em saúde bucal, incluindo os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionas de Prótese Dentária (LRPD).

A estruturação de uma rede de atenção em saúde bucal no estado de Pernambuco possui como desafio o enfrentamento dos vazios assistenciais nos serviços de média complexidade em saúde bucal, pois, no ano de 2012, estavam implantados apenas 48 CEO. 455 (29,89%) equipes relataram ter um CEO como referência.

As especialidades de referência citadas foram: a endodontia (53,4%), a periodontia (49,1%), a cirurgia oral menor (46,1%), a estomatologia (36,5%), a ortodontia (8,1%), a implantodontia (1,5%) e a radiologia (39,6%).

Os baixos percentuais de disponibilidade de referência para as especialidades ortodontia e implantodontia podem ser explicados pela incorporação recente das mesmas através da Portaria 718 de 20 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010). Contudo, melhores resultados deveriam ter sido encontrados para as especialidades da periodontia, endodontia, cirurgia oral menor e estomatologia por se constituírem como obrigatórias nos CEO (BRASIL, 2006B).

Os resultados da pesquisa demonstram que não vem sendo cumprida a recomendação da PNAB de que haja garantia de fluxos definidos na rede de atenção à saúde, entre os diversos pontos de atenção, limitando a integralidade do cuidado (BRASIL, 2012).

Achados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Pimentel e colaboradores (2010) e de Andrade e Ferreira (2006). Em todos eles, fica evidente que em não se resolvendo as necessidades no serviço local, não há um esquema de referência/contrarreferência e os problemas ficam sem solução. Assim, a odontologia não consegue solucionar os problemas bucais de sua população em função da grande demanda acumulada.

Constatou-se uma indefinição dos fluxos de referência e contrarreferência dos usuários para os CEO em 501 equipes (62,55%), para a solicitação de próteses em 680 equipes (84,89%), para os usuários com suspeita de câncer de boca em 579 equipes (72,28%) e para o atendimento a pessoas portadoras de necessidades especiais em 534 equipes (66,66%).

Em pesquisa desenvolvida no município do Recife, também foi identificada a dificuldade em se realizar o acompanhamento do paciente referenciado, pois muitas vezes ele não retornava à unidade de origem para o seguimento e/ou conclusão do tratamento (PIMENTEL *ET AL.*, 2010).

Estudo de corte transversal realizado por Chaves *et al.* (2012) em dois municípios de médio porte do estado da Bahia identificou maior utilização dos serviços odontológicos públicos na AB do que na atenção especializada, observando-se pouca interface entre estes dois níveis de assistência.

A existência de Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) de referência foi relatada por 234 equipes (29,21%). Dados do Ministério da Saúde retratam a existência de 57 destes laboratórios no estado de Pernambuco, para o ano de 2012 (BRASIL, 2014). Destes, 94% realizam prótese total, 75,2% realizam próteses parciais removíveis e apenas 6,83% realizam próteses fixas.

Cruz *et al.* (2011) afirmam que a integralidade é alcançada por meio da criação de redes macro e microinstitucionais, em processos dinâmicos, voltadas ao fluxo de assistência ao usuário e centrada em seu campo de necessidades.

A constituição das linhas de cuidado é um dos pontos mais significativos na busca pela integralidade e se dá pela organização dos processos de trabalho na AB com assistência multiprofissional, operando com acolhimento, vinculação de clientela e responsabilidade da equipe (CRUZ *ET AL.*, 2011).

Quanto ao processo de trabalho, analisando o indicador 'Primeira consulta odontológica programática' em uma série histórica de 2001 a 2009 no estado de Pernambuco, estudo desenvolvido por Viana, Martelli e Pimentel (2012) demonstrou que ainda não se efetivou a incorporação plena da assistência odontológica à ESF.

Com relação ao trabalho em equipe multiprofissional, destaca-se que apenas 76 EqSB (4,99%) no estado de Pernambuco incorporam o Técnico em Saúde Bucal (TSB). Sabe-se que as atribuições do TSB vão desde a remoção do biofilme, a realização de fotografias e tomadas de uso odontológico, até a inserção e distribuição de materiais odontológicos no preparo cavitário da restauração dentária direta (BRASIL, 2012).

A introdução desse profissional na equipe aumentaria o escopo das ações e promoveria ampliação do acesso a ações e serviços, organizando a demanda de forma mais regular (KITANI, 2011). No entanto, a expansão profissional do TSB tem sido lenta, dada a resistência do CD (PINTO, 2000).

III - Percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde bucal

Um total de 3.617 usuários foram entrevistados no Módulo III da avaliação externa, no estado de Pernambuco. O objetivo foi identificar a percepção destes usuários quanto ao processo de trabalho das equipes de AB.

Quando questionados quanto ao profissional que os escutavam durante o acolhimento à demanda espontânea, o CD foi citado por apenas 239 (6,6%) dos usuários. Ressalte-se que foi a categoria profissional menos citada quando em comparação ao médico e ao enfermeiro.

Sobre a realização de procedimentos de extração dentária, 2.508 (69,3%) relataram não conseguir fazê-los. 1.744 (48,2%) afirmaram conseguir realizar a marcação de atendimento com o dentista enquanto que apenas 359 (9,9%) nunca procuraram atendimento. 1.213 entrevistados (33,5%) nunca ouviram seu dentista dizer que precisavam usar prótese.

As queixas de falta de vagas para consulta odontológica se constituíram como a segunda maior insatisfação dos usuários em pesquisa desenvolvida por Marta e colaboradores (2011). Nesse mesmo estudo, 54,75% dos entrevistados relataram um sentimento de insuficiência da EqSF em atender à demanda da comunidade.

Bonfada *et al.* (2012) constataram que o predomínio do modelo médico assistencial curativista no fazer/pensar dos profissionais da saúde se constitui como a principal causa dos entraves para a melhoria dos serviços prestados pelo SUS. A clínica tradicional/biologicista precisa ser desconstruída, rompendo com a lógica do sofrimento manifesto e da queixa-centrada com vistas a uma vigilância em saúde.

Conclusão

O acesso e a qualidade das ações e serviços de saúde bucal ofertadas pelas equipes de AB com saúde bucal integrantes do PMAQ-AB em Pernambuco no ano de 2012 foi avaliada através das categorias infraestrutura, equipamentos e insumos odontológicos, processo de trabalho e percepção dos usuários.

Observou-se que a maioria das unidades de saúde com consultórios odontológicos apresentou disponibilidade dos equipamentos necessários para a realização das ações e serviços de saúde bucal. Em pouco menos de 20% das unidades, a disponibilidade de

insumos odontológicos para procedimentos dentários restauradores foi limitada.

Quanto ao processo de trabalho, houve compartilhamento de agenda entre o CD e os demais profissionais que compõem as equipes de AB em 78,5% das equipes integrantes do PMAQ-AB. Em pouco mais de 40% das equipes, o CD participa do acolhimento à demanda espontânea.

Procedimentos odontológicos clínico-cirúrgicos são realizados rotineiramente pelas equipes de AB com saúde bucal em atendimento aos dispositivos da PNAB. Exceção é constatada quanto à realização dos procedimentos clínicos de prótese dentária.

Dificuldades para marcação de consulta com o dentista ainda são relatadas pelos usuários entrevistados. A operacionalização de uma rede de cuidados em saúde bucal ainda é falha, pois se constatou uma indefinição dos fluxos de referência e contrarreferência dos usuários para os serviços especializados, para a solicitação de prótese dentária, para os casos suspeitos de câncer de boca e para o atendimento a pessoas portadoras de necessidades especiais. ■

Referências

ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2006, p. 123-130, 2006.

BALDANI, M. H. et al. A inclusão da odontologia no Programa de Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 21, 2005, p. 1026-1035.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica 17 – Saúde Bucal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.654 de 19 de julho de 2011 – institui o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 20 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 599 de 23 de março de 2006 - define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 74 de 20 de janeiro de 2004 - reajusta os valores dos incentivos financeiros das ações de saúde bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 718 de 20 de dezembro de 2010. Altera a estrutura da Tabela de

Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Resultados principais da pesquisa nacional de saúde bucal SB Brasil 2010.* Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. *Número de equipes de saúde bucal implantadas no estado de Pernambuco.* Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em: 25 mar. 2014.

CAVALCANTI, Y. W. et al. Avaliação de Usuários da Atenção Básica sobre a Implantação de Protocolo de Assistência Integral Odontológica. *Revista Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, João Pessoa, v. 12, n. 3, p. 405-412, jul./set. 2012.

CHAVES, S. C. L. et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, jan. 2011, p. 143-154.

CHAVES, S. C. L. et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, 2012, p. 3115-3124.

COLUSSI, C. F. ; CALVO, M. C. M. Avaliação da atenção em saúde bucal no Brasil: uma revisão da literatura. *Revista Saúde & Transformação Social*, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 92-100, 2012.

COSTA JÚNIOR, S.; SERRA, C. G. Diagnóstico e Continuidade do Cuidado do Câncer Bucal em pacientes acompanhados pelas Equipes de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família: a experiência do município de Resende, no Estado do Rio de Janeiro. *Cadernos UniFOA,* Volta Redonda, n.15, p. 73-90, abril 2011.

CRUZ, D. F. et al. A linha do cuidado em saúde bucal no município de João Pessoa: uma análise de indicadores. *Revista Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, João Pessoa, v. 11, n. 2, p. 291-295, abr./jun. 2011.

KITANI, N. T. *Percepção do cirurgião-dentista quanto à inserção e trabalho do técnico em saúde bucal na equipe de saúde bucal*. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) – Universidade de São Paulo: São Paulo, 2011.

MACEDO, C. L. S. V. *Avaliação da Estratégia de Saúde da Família do município do Cabo de Santo Agostinho-PE quanto às dimensões de estrutura, processo e resultado.* Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz: Recife, 2013.

MARTA, S. N. et al. Programa de Saúde da Família sob a visão do usuário. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 159-177, 2011.

MELLO, A. L. S. F. et al. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2014, p. 205-214.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MOYSÉS, S. J. *Saúde coletiva: políticas, epidemiologia da saúde bucal e redes de atenção odontológica*. Série Abeno Odontologia Essencial – Temas interdisciplinares. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

NASCIMENTO, A. P. S.; SANTOS, L. F.; CARNUT, L. Atenção primária à saúde via estratégia de saúde da família no Sistema Único de Saúde: introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações. *Journal of Management and Primary Health Care*, Recife, v. 2, n. 1, p. 18-24, 2011.

NEVES, M.; PRETTO, S. M.; ELY, H. C. Percepções de usuários e trabalhadores de saúde sobre a implantação do acolhimento em uma unidade de saúde em Porto Alegre – RS, Brasil. *Revista de Odontologia da UNESP*, Araraquara, v. 42, n. 5, 2013, p. 364-371.

PIMENTEL, F. C. et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios de Pernambuco, Brasil, segundo porte populacional: da articulação comunitária à organização do atendimento clínico. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 28, supl., p. S146-S157, 2012.

PIMENTEL, F. C. et al. Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI, Recife (PE). *Revista Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2189-2196, jul. 2010.

PINTO, V. G. *Saúde Bucal Coletiva*. 4ª ed. São Paulo: Editora Santos, 2000.

ROCHA, E. C. A.; ARAÚJO, M. A. D. Condições de trabalho das equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família: o caso do Distrito Sanitário Norte em Natal, RN. *Revista de Administração Pública,* Rio de Janeiro, v. 43, n.2, p. 481-517, mar./abr., 2009.

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, BA. *Revista Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SILVA, P. R. A. *Avaliação da atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família do Recife: níveis de qualidade e aspectos contextuais relevantes.* Dissertação de Mestrado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz: Recife, 2008.

SOUZA, R. O. A. *A atenção básica em saúde no município de Três Rios: uma análise da gestão e organização do sistema de saúde.*2011. 154f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área da Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz: Recife, 2011.

VIANA, I. B.; MARTELLI, P. J. L.; PIMENTEL, F. C. Análise do acesso aos serviços odontológicos através do indicador de primeira consulta odontológica programática em Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 25, n. 2, p. 151-160, abr./jun., 2012.

Recebido para publicação em setembro de 2014
Versão final em dezembro de 2014
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro

Perception by professionals on the relevance of the oral health indicators in a metropolis of the Brazilian northeastern

Francisco Ivan Rodrigues Mendes Júnior[1], Mary Anne Medeiros Bandeira[2], Fábio Solon Tajra[3]

RESUMO Estudo exploratório-descritivo, com abordagem quali-quantitativa, que buscou analisar a percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em Fortaleza, Ceará. A desmotivação, a descontinuidade no fornecimento de insumos odontológicos, o abandono do tratamento por parte do paciente, a cultura popular de que a gestante não pode realizar tratamento odontológico e a insegurança do profissional no manejo clínico relacionado à prótese dentária, ao atendimento à gestante, ao atendimento à urgência odontológica e ao diagnóstico de alteração da mucosa oral dos usuários foram problemas identificados na operacionalização desses indicadores e mencionados como interferência para o cumprimento de suas metas.

PALAVRAS-CHAVE Saúde bucal; Estratégia Saúde da Família; Avaliação em saúde.

ABSTRACT *Exploratory-descriptive study, with qualitative and quantitative approach, which aims to analyze the perception by professionals on the relevance of oral health indicators of the National Program for Access and Quality Improvement of Primary Care* (PMAQ-AB) *in Fortaleza, Ceará. The demotivation, the discontinuity in providing dental inputs, the abandonment of treatment by the patient, the popular culture in which the pregnant cannot carry out the dental treatment and the insecurity of the professional in the clinical handling related to dental prosthesis, to the attendance of the pregnant, to the attendance of dental urgency and to the diagnosis of user's oral mucosa alteration were problems identified in the operationalization of these indicators and mentioned as interference for the fulfillment of their goals.*

KEYWORDS *Oral health; Family Health Strategy; Health evaluation.*

[1] Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.
ivanjrdentista@gmail.com

[2] Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.
mambandeira@yahoo.com.br

[3] Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI), Brasil.
fstajra@hotmail.com

Introdução

Com a evolução das políticas públicas de saúde bucal no Brasil, muitos desafios foram manifestados. Isso pode ser percebido tanto na necessidade de demonstrar resolutividade na assistência clínica como na execução de políticas intersetoriais que possam influenciar positivamente o desenvolvimento dos principais indicadores epidemiológicos de saúde bucal (MOYSES, 2008).

Aliado a isso, há um esforço do Ministério da Saúde pela indução de uma gestão pública baseada no monitoramento e na avaliação de processos e resultados (BRASIL, 2012). A utilização desse padrão de avaliação passou a se constituir numa ferramenta importante para a qualificação das ações e do cuidado à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Desse modo, muitas ações têm sido desenvolvidas no sentido de ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com a intenção de reconhecer a qualidade dos serviços ofertados à sociedade brasileira. Para isso, o Ministério da Saúde implantou, em 2011, por meio da Portaria n.º 1.654 GM/MS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em que foram selecionados 47 indicadores, subdivididos em sete áreas estratégicas e classificados segundo a natureza de seu uso (BRASIL, 2012):

- Indicadores de desempenho: vinculados ao processo de avaliação externa e que serão utilizados para a classificação das equipes da Atenção Básica (AB), conforme o seu desempenho;

- Indicadores de monitoramento: a serem acompanhados de forma regular para complementação de informações sobre a oferta de serviços e resultados alcançados por equipe, sem, no entanto, influenciar a pontuação atribuída às equipes no processo de avaliação externa.

Diante de uma série de indicadores de desempenho e monitoramento, apontados e categorizados por meio desse programa, surgiram alguns questionamentos: qual é a percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal do PMAQ-AB? Quais seriam as barreiras para o seu monitoramento?

Neste sentido, esta pesquisa visou a analisar a percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores em saúde bucal do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Fortaleza, Ceará.

Espera-se que os resultados obtidos nesta pesquisa possam provocar reflexões dos sujeitos envolvidos nesses processos, de tal forma que tragam possíveis ajustes nas melhorias da qualidade da atenção à saúde bucal.

Métodos

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quali-quantitativa, realizado no período de outubro de 2013 a março de 2014, que contou com uma análise documental prévia para caracterização do cenário e do perfil dos profissionais envolvidos, seguido da aplicação de um questionário semiestruturado, em que se pôde captar a percepção do grupo de Cirurgiões-Dentistas (CDs) frente à operacionalização dos indicadores de saúde bucal do PMAQ-AB e à sua atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Para que isso fosse efetivado, contou-se com a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), Parecer n.º 443.474, sendo seguidas as normas da Resolução CNS nº 466/12.

A coleta de dados secundários se deu por meio da obtenção de informações acerca do cadastro dos CDs da ESF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES), da população geral do município de Fortaleza, Ceará, no Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e no Departamento de Informática do SUS (Datasus).

Para a coleta de dados primários, foi utilizado um questionário contendo três partes, a saber: perfil dos CDs da ESF; percepção acerca dos indicadores de desempenho; e percepção acerca dos indicadores de monitoramento (ver *quadro 1*). O questionário era composto por 37 perguntas, sendo 23 questões fechadas e 14 questões abertas.

Quadro 1. Registro de indicadores de saúde bucal do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB/saúde bucal)

Indicadores de Desempenho
Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada;
Cobertura de primeira consulta odontológica programática;
Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas;
Proporção de instalações de próteses dentárias.
Indicadores de Monitoramento
Cobertura de atendimento odontológico à gestante;
Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante;
Taxa de incidência de alterações na mucosa oral.

Fonte: BRASIL, 2012

Inicialmente, foi aplicado um pré-teste, com seis CDs que tinham atuado como Coordenadores Regionais de Saúde Bucal, no município de Fortaleza, no ano de 2012. Nesse momento, cada CD pôde solicitar ao pesquisador os esclarecimentos necessários acerca de possíveis dúvidas na resolução do questionário, assim como sugerir possíveis modificações no instrumento a ser utilizado. Dessa forma, foi possível realizar os ajustes necessários para uma melhor compreensão das questões contidas no instrumento.

No que diz respeito à cobertura populacional da ESF, o município de Fortaleza passou por uma evolução relevante. De uma cobertura populacional de 11,77 %, em 2005, passou para 36,84%, em outubro de 2013. Nessa ocasião, encontravam-se implantadas 267 Equipes de Saúde da Família (EqSF) e 195 Equipes de Saúde Bucal (EqSB). Foi diante desse cenário que se desenvolveu a presente pesquisa.

Após prévia articulação junto à Coordenação Municipal de Saúde Bucal (CMSB), foram identificados todos os profissionais a serem pesquisados e programada a aplicação dos questionários nos encontros de Educação Permanente (EP), promovidos pela gestão municipal. Com relação aos CDs que não participaram do processo de EP, foram feitas buscas ativas por meio dos coordenadores de saúde bucal das seis regionais de saúde.

Diante dos profissionais, foram feitas as considerações acerca da importância da pesquisa a ser realizada, bem como dos seus principais objetivos. Logo após, os questionários foram aplicados aos pesquisados que se dispuseram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para digitação do banco de dados, utilizou-se o software *Microsoft Excel*, e, para sua consolidação e análise estatística, o *software Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS)*, de tal forma que se permitiu visualizar os resultados de forma simples e autoexplicativa, possibilitando, assim, associar pesquisas de opinião, atitudes, pontos de vista e preferências que os pesquisados e autores com expertises na área têm a respeito dos temas em questão.

Resultados e discussão

Os resultados a serem apresentados são derivados dos questionários aplicados aos 137 CDs da ESF do município de Fortaleza, inseridos nas seis regionais de saúde. Esse quantitativo de CDs correspondeu a 70,25% de um universo de 195 CDs cadastrados nas EqSB em outubro de 2013.

Cerca de 76% (n=104) dos pesquisados corresponderam ao sexo feminino. Além disso, 65% (n=89) dos CDs estavam com idade acima de 35 anos, e 58,4% (n=80) apresentaram mais de 6 anos de tempo de serviço na ESF (*tabela 1*). A partir desses dados, foi possível estimar que esses profissionais são, de certa forma, experientes no serviço.

Tabela 1. Distribuição dos 137 Cirurgiões-Dentistas da Atenção Básica do município segundo características pessoais e formação acadêmica, Fortaleza, Ceará, 2014

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Feminino	104	75,9
Masculino	31	22,6
Não informou	2	1,5
Idade		
Entre 25 e 35 anos	48	35,0
Acima de 35 anos	89	65,0
Tempo de serviço		
< 1 ano	2	1,5
1 a 3 anos	40	29,2
3 a 6 anos	13	9,5
> 6 anos	80	58,4
Não informou	2	1,5
Outro tipo de ocupação		
Sim	76	55,5
Não	60	43,8
Não informou	1	0,7
Tipo de ocupação (n=76)		
Consultório Particular	57	75,0
Outro	19	25,0
Tipo de IES em que se formou		
Pública	98	71,5
Privada ou Filantrópica	39	28,5
Realizou pós-graduação anterior	128	93,4
Aperfeiçoamento	77	56,2
Especialização	121	88,3
Mestrado	18	13,1
Doutorado	2	1,5
Pós-graduação em andamento	33	24,1
Aperfeiçoamento	4	2,9
Especialização	16	11,7
Mestrado	8	5,8
Doutorado	5	3,6

Fonte: Elaboração própria

Em torno de 75% (n=57) dos respondentes relataram exercerem essa ocupação em consultórios particulares. Diante desse quadro, vale acrescentar que:

> se observa a existência de profissionais com vínculos públicos parciais, como os que exercem a profissão em serviços públicos e possuem consultórios privados como autônomos. Ainda há os que possuem consultório, não possuem vínculo empregatício com os serviços públicos, mas são credenciados pelo SUS. Outros são assalariados de empresas privadas de serviços odontológicos, empresas que oferecem serviços de odontologia aos seus funcionários, sindicatos e também há os que se organizam em grupos de cooperativas. (MORITA; HADDAD; ARAÚJO; 2010, P. 68).

Outro dado importante a ser considerado é que 93,4% (n=128) dos CDs pesquisados informaram já terem realizado pós-graduação, seja na condição de aperfeiçoamento (56,2%), especialização (88,2%), mestrado (13,1%) ou doutorado (1,5%). Acrescenta-se a esses dados o quantitativo de 24,1% (n=33) de CDs que se encontram em pós-graduação, seja em aperfeiçoamento (2,9%), especialização (11,7%), mestrado (5,8%) ou doutorado (3,6%).

Dos 137 CDs pesquisados, 97,1% (n=133) já realizaram ou realizam alguma pós-graduação. Destes, 59,8% (n=82) estão associados com pós-graduação nas áreas de saúde da família, saúde pública e/ou saúde coletiva.

Para Freitas (2007, P.26),

> o mercado de trabalho odontológico passa a sofrer modificações mais acentuadas a partir da década de 1980. Vários estudos sinalizam para a tendência do assalariamento, do trabalho no consultório com convênios e credenciamentos e a associação de ambas as formas.

Neste sentido, mesmo com 41,6% dos CDs da ESF exercendo ocupações em consultórios particulares, parece ter havido o despertar do interesse dos CDs para realização de cursos de pós-graduação nas áreas de saúde da família, saúde pública e/ou saúde coletiva, possivelmente em virtude das necessidades sentidas por eles de desenvolvimento do seu trabalho nas equipes da ESF, assim como pela possibilidade de ascensão salarial do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

A segunda parte do questionário correspondeu à análise de pertinência dos indicadores de desempenho de saúde bucal. Para o indicador de desempenho da Média de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada (Maceds), com exceção de um CD, todos os outros consideraram esse indicador importante, e 94,9% (n=130) deles responderam sentirem-se capacitados para essa ação.

Quanto à classificação do grau de importância da Maceds, 75,9% (n=104) dos CDs responderam serem as creches e escolas o principal espaço para realização dessa ação. 64,9% (n=89) dos CDs elegeram, em segundo lugar, os domicílios como espaço para realização dessas atividades, enquanto 51,8% (n=71) dos entrevistados responderam serem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) o local preferido. Já 49,6% (n=68) responderam serem outros espaços importantes para o desenvolvimento dessas ações, tais como: espaços de convivência para idosos, espaços de reabilitação para adolescentes e outros.

Para Waat (2007), a promoção de saúde bucal deve ser garantida por meio da implementação de estratégias múltiplas em ambientes diferentes, como domicílios, escolas, creches, centros comunitários, locais de trabalho. Dessa forma, quanto mais espaços forem identificados para oportunizar esse tipo de prática, maior será a possibilidade de sucesso e mais efetiva será sua ação.

Contudo, mesmo a ideia de promoção da saúde em escolas não sendo nova (BEATTIE, 1996), os resultados provenientes da Maceds demostram ter efeitos mínimos e de curta duração, principalmente pela forma como é desenvolvida (NUTBEAM, 1997). Nesse sentido, devem ser somados esforços e aglutinados recursos que

oportunizem a melhoria das condições de saúde bucal da população. Cabe, ainda, questionar acerca das estratégias de continuidade da ação e da formação de multiplicadores que possam agregar maior impacto na saúde da comunidade assistida.

Para que as práticas de educação em saúde sejam mais sensíveis às necessidades subjetivas e culturais dos usuários, faz-se necessário abandonar estratégias comunicacionais informativas e adotar uma comunicação dialógica (ALVES, 2005).

A educação em saúde bucal voltada a escolares deve ser integrada à educação em saúde geral, e a higiene bucal deve ser integrada à educação em saúde, voltada aos cuidados e à higiene de todo o corpo, trabalhando com a autoestima da criança (SHEIHAM, 1983). No caso de Fortaleza, para 65,7% (n=88) dos CDs, a desmotivação é a principal dificuldade para o desenvolvimento dessa atividade. Em segundo lugar, 53,3% (n=72) dos CDs destacaram a falta de planejamento e articulação intersetorial, seguidos pela descontinuidade no fornecimento de kits (48,1%) e espaços sem estruturas físicas (36,3%).

Ao se avaliar a percepção dos CDs sobre o indicador de desempenho de Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática, tem-se que 91,2% (n=125) consideraram esse indicador importante, enquanto que 5,8% (n=8) consideraram-no sem importância – e quatro não responderam.

Para os que consideraram o indicador importante, as principais justificativas foram: *"Retrata a questão do acesso ao serviço e a continuidade do tratamento odontológico" (Informante-chave 18); "Porque assim podemos observar se a saúde bucal da população está melhorando ou não, bem como nos auxilia no planejamento do tratamento preventivo e curativo"* (Informante-chave 87); *"Porque sinaliza o acesso do paciente (1ª vez), onde ele tem a oportunidade de concluir o tratamento através da motivação do profissional, que pode ser descontinuada com a falta de material"* (Informante-chave 49).

Já para os CDs que responderam não ter importância esse indicador, seguem algumas justificativas relatadas:

> *No momento, este indicador não está mostrando realmente a realidade, pois muitos alimentam este dado erroneamente, colocando como primeira consulta a ida do paciente ao consultório, sem odontograma e planejamento.* (Informante-chave 47);

"Porque ela não condiz com a realidade do acesso" (Informante-chave 80); *"Não é fiel"* (Informante-chave 101).

Quanto ao indicador de Razão entre Tratamentos Concluídos e Primeiras Consultas Odontológicas Programáticas, 93,4% (n=128) dos CDs consideram esse indicador importante. Isso pode ser observado em alguns relatos com a seguinte justificativa: *"Porque permite avaliar a resolutividade dos serviços"* (Informante-chave 2); *"Para quantificar o número de usuários que têm acesso e conseguem terminar o tratamento"* (Informante-chave 12); *"Porque podemos avaliar se há necessidade ou não de ajustes no processo de trabalho"* (Informante-chave 87).

Para os CDs que não consideraram importante esse indicador, tivemos como justificativa: *"Não há, ainda, o tratamento iniciado e acabado, pois tem demanda livre, urgência, e o próprio usuário não tem uma mentalidade responsável para encarar o tratamento"* (Informante-chave 5); *"Não refletem a realidade. Não há conexão entre o problema e a prática. Não há ciência"* (Informante-chave 8); *"É um indicador fora da realidade, pois há muitas falhas nas informações"* (Informante-chave 118).

Apesar de a grande maioria dos CDs considerar esse indicador importante, os relatos demonstraram que também o considera complexo, em especial, nos quesitos associados aos registros dos tratamentos concluídos e às primeiras consultas odontológicas programáticas. Ou seja, consideram a concepção do indicador importante,

porém, têm consideráveis dificuldades em sua construção.

Outra questão abordada junto aos CDs foi o grau de dificuldade apresentado por eles na execução de procedimentos clínicos em saúde bucal e na conclusão de tratamentos odontológicos. Para 48,5% (n=65) dos CDs, a maior dificuldade apresentada para execução dos procedimentos clínicos é a descontinuidade no fornecimento de insumos odontológicos, seguida por outras causas, tais como: *"Auxiliar em saúde bucal com treinamento deficiente"* (Informante-chave 5); *"Falta de Técnico em saúde bucal nas equipes, que poderiam ser utilizadas em ações delegáveis a estes profissionais"* (Informante-chave 37); *"Deveria ter capacitação para dentistas solucionarem situações específicas"* (Informante-chave 51); *"Muitas faltas dos pacientes, bem como abandono do tratamento, problemas socioeconômicos e dificuldade de motivação"* (Informante-chave 105); *"Poucos consultórios e baixa cobertura de Equipe de Saúde Bucal no território"* (Informante-chave 114).

Como terceira maior dificuldade, 44,7% (n=59) dos CDs consideraram ser o elevado número de pacientes com necessidades para atividades clínicas. A deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouca manutenção) foi considerada a quarta maior dificuldade para execução das ações clínicas.

Com relação às dificuldades encontradas para conclusão dos tratamentos odontológicos programáticos, 44,3% (n=58) dos CDs responderam como principal causa o abandono do tratamento por parte do paciente, enquanto que 43,5% (n=57) associaram essa dificuldade à deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouca manutenção). Outras dificuldades apontadas por alguns dos dentistas foram: *"Falta espaço na agenda para marcar retorno toda semana ou quinzenal"* (Informante-chave 53); *"Falta de Equipe de Saúde Bucal nos CSF. Áreas descobertas"* (Informante-chave 93); *"A falta do paciente ao trabalho, pois muitas empresas e patrões não aceitam a declaração de comparecimento como justificativa de falta ao trabalho"* (Informante-chave 24); *"O paciente do SUS não tem a mentalidade do paciente que paga um tratamento. São propensos a resolver só o que lhes incomoda"* (Informante-chave 5); *"Dificuldade de recursos humanos e disponibilidade de horários na coordenação odontológica (divisão de horários com outros dentistas)"* (Informante-chave 112).

Em último, entre as alternativas apresentadas, obteve-se que 34,9% (n=45) dos CDs responderam ser o elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas (grande demanda) também um fator que dificulta a conclusão dos tratamentos.

Ao se analisar o indicador de Proporção de Instalação de Próteses Dentárias na ESF, 75,2% (n=103) dos CDs responderam ser importante a instalação de próteses dentárias na ESF, enquanto que 23,4% (n=32) responderam que não, conforme se constata nas falas abaixo: *"As próteses devem ser confeccionadas por especialistas na área"* (Informante-chave 43); *"Enquanto a população apresentar outros graves problemas bucais, prótese é mais indicada para o Centro de Especialidades Odontológicas"* (Informante-chave 49); *"Não sabemos como realizar a instalação. Esse é um procedimento especializado"* (Informante-chave 80); *"Acredito que deve ser realizado pelo profissional especialista e não pelo generalista"* (Informante-chave 114).

A instalação de próteses dentárias na ESF não é assunto recente. Desde a sua incorporação como procedimento básico, tem gerado grande discussão. No que diz respeito ao benefício para a qualidade de vida dos pacientes, não há divergência. Hamalainen *et al.* (2005) mencionam que a perda dos dentes no idoso pode ser considerada um fator preditivo significativo para um maior nível de mortalidade, em virtude do comprometimento da qualidade da alimentação. Contudo, a possibilidade de realização desse

procedimento na ESF não tem sido garantida por todos os profissionais.

Buscou-se identificar, ainda, as principais dificuldades encontradas pelos CDs para instalação de próteses dentárias na ESF. Para 50,4% (n=64) dos CDs, a principal dificuldade encontrada é a insegurança do profissional no manejo clínico. Já 44,1% (n=56) dos CDs declararam como segunda maior causa de dificuldade: *"Falta atualização/capacitação em prótese para os dentistas e auxiliares. Há formação deficiente em prótese na graduação"* (Informante-chave 14); *"Falta de um bom laboratório de prótese"* (Informante-chave 122); *"Laboratório demora a entregar o trabalho"* (Informante-chave 58); *"Demora na fila do laboratório"* (Informante-chave 105).

A deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouco instrumentais) foi apresentada por 42,3% (n=55) dos CDs como sendo a terceira principal dificuldade. A quarta maior dificuldade, relatada por 36,2% (n=47) dos pesquisados, foi o elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas.

É importante mencionar que a reposição de dentes perdidos com a oferta de prótese na ESF, a melhora do acesso aos serviços e o funcionamento das unidades de saúde em horários alternativos poderiam reduzir, de certa forma, algumas iniquidades sociais em saúde bucal (MIOTTO *ET AL.*, 2012).

A terceira parte do questionário correspondeu à avaliação das necessidades identificadas pelos CDs da ESF para o cumprimento dos indicadores de monitoramento em saúde bucal no município de Fortaleza, Ceará.

Para o indicador de monitoramento acerca da Cobertura de Atendimento Odontológico à Gestante, 89,1% (n=122) dos CDs consideraram esse indicador importante, no entanto, 8% (n=11) relataram não ser importante, conforme se observa nos relatos abaixo: *"Acho que esse é um público bastante restrito quando comparado à demanda total da população"* (Informante-chave 15); *"Entendo que este indicador serve para comparar o número de gestantes cadastradas e acompanhadas pela PSF e o número de gestantes com acompanhamentos odontológicos, mas acredito que esse indicador possa gerar distorções..."* (Informante-chave 42); *"Teoricamente, todos deveriam ter o acesso garantido"* (Informante-chave 101); *"A maioria só comparece à 1ª consulta e não retorna para dar continuidade ao tratamento"* (Informante-chave 110); *"O importante é atender"* (Informante-chave 118).

Chiaratto, Brandão e Souza (2003) consideram o período gestacional a fase em que as mulheres se mostram mais receptivas a informações relacionadas aos seus cuidados e ao futuro bebê. Isso demonstra a importância de desenvolver ações educativas em saúde nesse período da vida das mulheres.

Quando questionados se se consideravam capacitados para o atendimento à gestante, 86,1% (n=118) responderam que sim, enquanto 10,2% (n=14) responderam que não, e cinco não responderam. Esse quantitativo percentual que não se considera capacitado sugere uma fragilidade na formação e no desenvolvimento profissional, tanto em meio acadêmico como na possibilidade de contato interdisciplinar em exercício na ESF. Mais uma vez, parece ser oportuna a implementação de políticas públicas de EP, em que possam, gradativamente, tornar os CDs mais seguros na execução desses procedimentos clínicos tão importantes para a saúde da gestante e, até mesmo, para o futuro bebê.

Ao se questionar a respeito do grau de dificuldade encontrado pelos CDs para o atendimento odontológico programático à gestante, obteve-se que a principal dificuldade para 39,5% (n=49) está relacionada com a cultura popular de que a gestante não pode realizar tratamento odontológico. Em segundo lugar, para 39,3% (n=48), a insegurança no manejo clínico junto às gestantes foi o fator fundamental. E, por fim, 33,9% (n=42) relataram serem poucos os encaminhamentos

das gestantes feitos pelos profissionais, em especial, médicos e enfermeiros, para a saúde bucal. Assim como elencaram outros motivos, tais como: *"Falta de interesse da gestante"* (Informante-chave 1); *"Falta de insumos e atendentes. Equipamentos danificados, que impedem a conclusão do tratamento da gestante durante o período gestacional"* (Informante-chave 14); *"Falta de informação à gestante da importância de ter uma saúde bucal boa"* (Informante-chave 19); *"Stress da gestante, enjoo e dificuldade de caminhar até o ponto quando em estado avançado de gravidez"* (Informante-chave 24); *"Falta de tempo para atender à demanda"* (Informante-chave 39).

A baixa percepção das próprias necessidades odontológicas e o medo de se submeter à situação de tratamento são fatores que interferem na decisão da gestante pela busca de atenção odontológica (ALBUQUERQUE; ABEGG; RODRIGUES, 2004). Para Maeda, Imparato e Bussadori (2005), a crença de que o tratamento odontológico conduzido na gestação poderia ser prejudicial à criança não é mantida só pelas gestantes, mas também por alguns profissionais de Odontologia, que, por falta de conhecimento, não se sentem seguros para tratar dessa clientela.

Para o indicador de monitoramento da Média de Atendimentos de Urgência Odontológica por Habitante, perguntou-se, inicialmente, se os CDs consideravam esse indicador importante. Para 89,8% (n=123) deles, a resposta foi sim, enquanto 8,0% (n=11) responderam não, conforme se constata nas falas descritas abaixo: *"Atrapalha o objetivo do Programa Saúde da Família, devendo ser de responsabilidade do serviço próprio de urgência e emergência"* (Informante-chave 24); *"Não há tempo suficiente para o atendimento clínico"* (Informante-chave 56); *"Há falta (carência) de serviços especializados de urgência"* (Informante-chave 81); *"Não há organização do serviço para esse fim"* (Informante-chave 80); *"As Unidades de Pronto Atendimento deveriam assumir esse serviço"* (Informante-chave 96).

No que diz respeito à avaliação do grau de dificuldade apresentado pelos CDs para o atendimento das urgências odontológicas, 56,9% (n=70) dos entrevistados citaram a insegurança do profissional CD no manejo clínico. Na sequência, foram mencionados o elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas (grande demanda) e a deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouco instrumental).

Ainda no tocante às principais dificuldades encontradas pelos CDs em seu manejo clínico para os atendimentos de urgências odontológicas, para 41,5% (n=49) dos CDs, a principal dificuldade apresentada é a abertura/acesso coronário. Em segundo lugar, com 38,5% (n=45) do total dos entrevistados, ficou o diagnóstico diferencial, seguido da drenagem de abscesso e de outras causas, tais como: *"Falta de RX para diagnóstico diferencial"* (Informante-chave 24); *"Falta de insumos e estrutura física (equipamentos)"* (Informante-chave 33); *"Falta de valorização por parte da gestão em relação à odontologia"* (Informante-chave 77); *"Insegurança do profissional"* (Informante-chave 89); *"Falta de interesse por parte do profissional"* (Informante-chave 99).

A última abordagem feita aos CDs dizia respeito à Taxa de Incidência de Alterações na Mucosa Oral de usuários atendidos pelas EqSB. Cerca de 92% (n=126) dos entrevistados consideraram importante o diagnóstico de alteração da mucosa oral dos usuários, fato também considerado oportuno para que a gestão possa implementar políticas públicas que venham a promover o diagnóstico precoce de lesões pré-cancerígenas na Atenção Básica.

Quanto às principais dificuldades apresentadas pelos CDs para o diagnóstico de alteração da mucosa oral dos usuários, 47,5% (n=58) dos entrevistados citaram a insegurança do CD no manejo clínico. Em segundo lugar ficou a deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e poucos instrumentais), seguido pelo

elevado número de pacientes com necessidades para as atividades clínicas (grande demanda), além de outras razões, tais como: *"Estes pacientes inicialmente procuram o médico, que, geralmente, não nos encaminha tal paciente. Medicam erroneamente e retardam o diagnóstico. Dificuldade na referência para especialistas"* (Informante-chave 5); *"Não conhecimento do diagnóstico diferencial de várias lesões"* (Informante-chave 47); *"Não ter para onde encaminhar o paciente para um especialista realizar biópsia. Sem disponibilidade da estrutura secundária e terciária"* (Informante-chave 96); *"Falta de interesse por parte do profissional"* (Informante-chave 99); *"Falta de registro e encaminhamento para atenção secundária"* (Informante-chave 114).

Para McDowel (2006), todos os pacientes devem ser examinados à presença de lesões pré-cancerosas e cancerosas, uma vez que o câncer oral pode ocorrer com ou sem a presença dos fatores de risco relacionados.

Para muitos autores, embora o diagnóstico dessas lesões seja acessível ao exame clínico, há evidências de que esse tipo de câncer ainda é diagnosticado muito tardiamente. Como consequência disso, observa-se, comumente, a necessidade de tratamento mutilador (GOMEZ *ET AL.*, 2010).

Após análise dos dados obtidos dos questionários respondidos pelos CDs, identificaram-se algumas dificuldades na condução clínica de seus pacientes. Com isso, acredita-se que seja importante que a gestão municipal de saúde bucal promova, nos momentos dedicados ao processo de EP, oficinas de trabalho relacionadas aos cuidados clínicos em saúde bucal das gestantes, às urgências odontológicas, às confecções de próteses dentárias, ao diagnóstico de alteração da mucosa oral, assim como ao correto preenchimento de procedimentos nos sistemas de informação ambulatorial e da Atenção Básica.

Com relação ao local de registro dos procedimentos nos sistemas de informação vigentes, apontados pelos CDs, tivemos que, para o indicador de desempenho Maceds, apenas 26,3% (n=36) dos entrevistados souberam informar o local correto para registro, conforme se observa na *tabela 2*. Enquanto que, para os indicadores de desempenho de Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática e de Proporção de Instalações de Próteses Dentárias, esses resultados foram de 40,9% (n=56) e 21,9% (n=30), respectivamente. Para os indicadores de monitoramento de Cobertura de Atendimento Odontológico à Gestante, Média de Atendimentos de Urgência Odontológica por Habitante e Taxa de Incidência de Alterações na Mucosa oral, 40,1% (n=55) dos profissionais sabiam o local correto para o registro das informações.

Tabela 2. Registro das respostas dos Cirurgiões-Dentistas da Atenção Básica do município quanto à forma de registro dos procedimentos, Fortaleza, Ceará, 2014

PROCEDIMENTOS	Total de profissionais que menciona o local correto para o registro das informações		Total de profissionais que não menciona o local correto para o registro das informações	
	n	%	n	%
Ação coletiva de escovação dental supervisionada	36	26,3	101	73,7
Primeira consulta odontológica programática	56	40,9	81	59,1
Instalação de prótese dentária	30	21,9	107	78,1
Atendimento odontológico à gestante	55	40,1	82	59,9
Atendimento de urgência odontológico na Atenção Básica	55	40,1	82	59,9
Diagnóstico de alteração da mucosa oral	55	40,1	82	59,9

Fonte: Elaboração própria

Para que as informações possam contribuir para o desenvolvimento dos modelos de atenção, torna-se necessária sua divulgação entre todos os profissionais e que sejam disponibilizados à população (MOTA; CARVALHO, 1999). Isso pode estar inserido na proposta de EP de cada categoria profissional ligada à ESF ou, até mesmo, em reuniões dos conselhos locais de saúde. Tais momentos são identificados como espaços de troca entre os participantes e poderiam contribuir, sobremaneira, para a discussão e a identificação de estratégias de superação dos problemas na saúde pública.

Almeida e Ferreira (2008) expõem que as informações acerca da regularidade e da frequência dos procedimentos preventivos em saúde são escassas. Parece não haver regularidade alguma no processo de informação em saúde. A partir disso, pode-se mencionar que um dos principais obstáculos à implementação de processos avaliativos em saúde bucal é a baixa qualidade dos sistemas de informações disponíveis (SCOCHI, 1994).

Considerações finais

Os resultados obtidos nesta pesquisa apresentam algumas informações importantes para o aprimoramento do processo de avaliação junto às EqSB da ESF no município de Fortaleza, Ceará. Pôde-se constatar que os CDs são, de certa forma, experientes no serviço e que grande parte já realizou ou realiza alguma pós-graduação, sendo 60% dos cursos, aproximadamente, nas áreas de saúde da família, saúde pública e/ou saúde coletiva.

No que concerne aos indicadores de desempenho e monitoramento adotados pelo Ministério da Saúde, a grande maioria dos entrevistados os considera importantes, no entanto, apontam deficiências nos serviços que precisam ser aprimorados pela gestão, tais como: intensificação das políticas de EP junto às EqSB; manutenção regular dos equipamentos e insumos odontológicos; melhoria da estrutura das EqSB, sobretudo nos consultórios odontológicos, equipamentos periféricos e instrumentais; ampliação da cobertura das EqSB nos territórios do município de Fortaleza; e melhorias nas relações de trabalho e no planejamento da gestão para organização da demanda e adesão dos pacientes às consultas programadas.

Com isso, cabe à gestão municipal de Fortaleza buscar, na medida do possível, adotar estratégias que venham a responder, gradativamente, às possíveis deficiências supracitadas, na perspectiva de tornar a gestão cada vez mais resolutiva e para que essas iniciativas possam promover uma melhoria efetiva na qualidade de vida das pessoas, em especial, daqueles que mais necessitam. ■

Referências

ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa de Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 786-796, 2004.

ALMEIDA, G. C. M.; FERREIRA, M. A. F. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2131-2140, 2008.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, 2008.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 36-48, 2005.

BEATTIE, A. The health promotion school: from idea to action. In: SCRIVEN A, ORME J. *Health promotion:* professional perspectives. Hampshire: MacMillan The Open University; 1996. p. 129-143.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):* manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CHIARATTO, R. A. *A importância do cirurgião-dentista como agente promotor do aleitamento materno*. Amamentação Online – Grupo de Apoio ao Aleitamento. 2003. Disponível em: <http://www.aleitamento.com/livraria/bases-cientificas-profissionais.asp>. Acesso em: 03 mar 2013.

FREITAS, C. H. S. M. Dilemas no exercício profissional da Odontologia: a autonomia em questão. *Interface (Botucatu),* Botucatu, v. 11, n. 21, p. 25-38, 2007.

GOMEZ, I. et al. Is early diagnosis of oral cancer a feasible objective? Who is to blame for diagnostic delay? *Oral Dis,* Copenhagen, v. 16, n. 4, p. 333-342, 2010.

HAMALAINEN, P. et al. Oral infections as predictors of mortality. *Gerodontology*, Oxford, v. 22, n. 3, p. 151-157, 2005.

MAEDA, F. H. I.; IMPARATO, J. C. P.; BUSSADORI, S. K. Atendimento de pacientes gestantes: a importância do conhecimento em saúde bucal dos médicos ginecologistas-obstetras. *Revista Gaúcha de Odontologia,* Porto Alegre, v. 53, n. 1, p. 59-62, 2005.

MCDOWELL, J. D. An overview of epidemiology and common risk factors for oral squamous cell carcinoma. *Otolaryngol Clin North Am.*, Philadelphia, v. 39, n. 2, p. 277-294.

MIOTTO, M. H. M. B. et al. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 397-406, 2012.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E.; ARAÚJO, M. E. *Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro*. Maringá: Dental Press International, 2010.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. Sistemas de informação em saúde. In: ROUQUAYOROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO N. *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 505-521.

MOYSÉS, S. J. O futuro da Odontologia, no Brasil e no mundo, sob o ponto de vista da Promoção da Saúde. *Rev. Bras. Odontol.,* São Paulo, v. 16, n. 1, p. 10-13, 2008.

NUTBEAM, D. Promotion health and preventing disease: an international perspective on youth health promotion. *J Adolesc Health,* New York, v. 20, n. 5, p. 396-402, 1997.

SCOCHI, M. J. Indicadores de qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, (Estado do Paraná, Brasil), 1991: um exercício de avaliação. *Cad Saúde Pública*, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 356-367, 1994.

SHEIHAM, A. Promoting periodontal health – effective programmaes of education and promotion. *Int Dent J.,* London, v. 33, n. 2, p. 182-187, 1983.

WATT, R. G. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol.*, Copenhagen, v. 35, n. 1, p. 1-11, 2007.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em agosto de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Saúde mental sob a ótica de Agentes Comunitários de Saúde: a percepção de quem cuida

Mental health in the perspective of Community Health Agents: perceptions of caregivers

Thamiris Maria Nascimento Cabral[1], Paulette Cavalcanti de Albuquerque[2]

RESUMO Este estudo buscou identificar a percepção de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) no tocante aos problemas de saúde mental na comunidade. Intervir junto a indivíduos em sofrimento psíquico é um desafio, pois a loucura é marcada por mitos negativos, o que sugere conhecer as concepções dos profissionais envolvidos no cuidado desses sujeitos. Para a realização da coleta de dados, foi utilizada a técnica do grupo focal, seguida de análise de conteúdo. Verificou-se que, embora as intervenções no campo da saúde mental estejam sendo revistas e realizadas de maneira mais abrangente nos últimos anos, as percepções das ACS ainda apoiam-se no imaginário popular, e o conceito amplo de saúde mental é pouco compreendido pela categoria.

PALAVRAS-CHAVES Saúde mental; Atenção Primária à Saúde; Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT *This study aimed to identify the perception of the Community Health Agents* (ACS) *as regards the mental health problems in the community. Intervene with the individuals in psychological distress is a challenge, because madness is marked by negative myths, suggesting to know the conceptions of the professionals involved in the care of these individuals. For the accomplishment of the data collection, it was used a technique of the focus group, followed by content analysis. It was found that, although interventions in the mental health field are being reviewed and performed more widely in past years, the perceptions of* ACS *still relies on the popular imagination, and the broad concept of mental health is poorly understood by category.*

KEYWORDS *Mental health; Primary Health Care; Community Health Worker.*

[1] Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife (PE), Brasil. Instituto de Ensino Superior Santa Cecília (Iesc) – Alto do Cruzeiro (AL), Brasil.
thamiris.mnc@gmail.com

[2] Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife (PE), Brasil. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Pesquisas Aggeu Magalhaes (CPqAM) – Recife (PE), Brasil.
paulette.cavalcanti@gmail.com

Introdução

O cuidado de base territorial oferecido aos indivíduos em sofrimento psíquico, pouco a pouco, vem construindo um novo espaço social para a 'loucura' e transformando os procedimentos da psiquiatria tradicional (AMARANTE, 2007).

Esse cuidado é motivado pelos ideários da Reforma Psiquiátrica, entre eles, a atual concepção de saúde mental, cujo termo designa uma área extensa e complexa do conhecimento, um campo polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao 'estado mental' dos sujeitos e das coletividades. Implica um sentido mais abrangente que engloba a problemática da saúde e da doença, sua ecologia e também traz uma preocupação quanto à utilização e avaliação das instituições, dos profissionais, bem como envolve o estudo das necessidades da comunidade e dos recursos para satisfazê-la (IZAGUIRRE *APUD* FERNÁNDEZ, 2001; AMARANTE, 2007).

Saúde mental, hoje, tem íntima relação com as práticas de prevenção, promoção e recuperação da saúde, a fim de evitar minimizar ou de ressignificar a vida dos indivíduos em sofrimento psíquico nos seus contextos sociais. É compreendida como um campo de conhecimento e de atuação técnica, engajamento político e compromisso social dos atores envolvidos no âmbito das políticas públicas de saúde (AMARANTE, 2007).

Com base nas atuais concepções e na necessidade de reorientação do modelo de atenção em saúde mental, há evidências de que esse cuidado de base territorial requer a prática de ações intersetoriais e a ampliação das articulações entre os equipamentos da rede de atenção à saúde, sobretudo com a atenção primária, pois este nível tem o potencial de conferir maior resolutividade aos problemas de saúde mental emergentes na comunidade. Além disso, demandas como sinais e sintomas depressivos, transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool ou outras drogas são uma realidade na prática cotidiana desse nível de atenção (SOUZA, 2006; BRASIL, 2009).

Dados do Ministério da Saúde apontam que, em média, 22 a 25% dos usuários atendidos pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF) apresentam transtornos mentais e exigem cuidado integral e continuado em saúde. Além destes, todos os usuários necessitam de atenção em 'saúde mental' (BRASIL, 2009).

Assim, no âmbito territorial, as EqSF – estratégia de operacionalização das diretrizes instituídas em 1994, no Programa de Saúde da Família (PSF) – podem ser vistas como responsáveis por um papel fundamental na construção de um novo modelo de cuidado, uma vez que estão inseridas em um contexto que permite maior aproximação entre usuários, família, comunidade e profissionais. Nessas equipes, destaca-se o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) – membro de maior proximidade com a realidade local e vinculação com os usuários –, que funciona como elo entre comunitários e EqSF (PEREIRA, 2007; SOUSA, 2007). É um parceiro potencial para as estratégias de cuidado em saúde, em especial, na área de saúde mental, pois reside no território, vivencia situações semelhantes às vividas pelos usuários, identifica os casos e repassa as informações para a equipe. Atua, também, como um tradutor de orientações técnicas, ao favorecer uma linguagem acessível à população (SOUSA, 2007; PEREIRA, 2007).

No entanto, compreende-se que intervir junto a indivíduos em sofrimento psíquico configura-se como um desafio, pois a 'loucura' faz parte de um imaginário construído, marcado por representações sociais, mitos e princípios negativos fortemente instituídos. Tal desafio sugere a importância de se conhecer as concepções dos trabalhadores envolvidos no cuidado aos indivíduos em sofrimento psíquico, como também tem suscitado a necessidade das atividades de apoio matricial junto às EqSF, a consolidação de práticas contínuas de formação e reflexões cotidianas acerca do

processo de trabalho – a educação permanente –, visto que tais estratégias podem ajudar na desconstrução de mitos populares arraigados nos profissionais e a subsidiar práticas diárias em saúde, com delineamento de uma linha de cuidado de qualidade em saúde mental.

Nessa perspectiva, compreendendo-se que a atenção em saúde mental só será efetiva mediante o seu fortalecimento e sua articulação com a atenção primária, e considerando, principalmente, o papel dos ACS, que podem ser encarados como técnicos de referência no território, o presente estudo tem como objetivo identificar a percepção das ACS atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre os problemas de saúde mental da comunidade.

Procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa. Foi desenvolvido em um município da Região Metropolitana do Recife/PE, o qual possui 29 bairros distribuídos em uma área aproximada de 52,9 km², considerada 100% urbana, ainda que observadas características rurais em algumas regiões, e uma população estimada em 144.466 habitantes (IBGE, 2010).

A história desse território se desenvolveu nos arredores e 'em função' de 02 (dois) dos maiores centros psiquiátricos do Brasil, ambos recentemente desativados e com seus egressos acolhidos pela rede de saúde municipal – dado relevante e que também justifica a escolha do local do estudo.

O município está organizado em 04 (quatro) territórios de saúde e, entre seus dispositivos, dispõe de 42 EqSF a serviço da população, das quais duas, de territórios de saúde diferentes, colaboraram com o presente estudo. Uma das equipes é referência de um bairro situado na região norte do município, com características rurais; enquanto a outra é referência de um bairro localizado na região sul, próximo ao centro urbano e econômico da cidade.

As equipes foram escolhidas a partir das atividades que a pesquisadora, residente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM), realizou no município, junto à equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Foram convidadas a participar da pesquisa todas as ACS integrantes das equipes já referidas, num total de 11 ACS, quantitativo inicialmente organizado em 02 (dois) grupos para coleta de dados – Grupo 1 (G.1 – com 7 ACS – urbano) e Grupo 2 (G.2 – com 4 ACS – rural). Durante a coleta das informações, uma das ACS do G.2 encontrava-se de férias, não sendo incorporada à pesquisa. Logo, no grupo G.2, apenas 3 ACS colaboraram com o estudo. Com uma perda na amostra, participou da pesquisa um total de 10 ACS (G.1 – 7 ACS, G.2 – 3 ACS).

Para a coleta dos dados, foi utilizada a técnica do grupo focal, um instrumento que permite reunir grupos pequenos e homogêneos, como parte do público-alvo de investigações, com duração média de 30 minutos a duas horas, a fim de coletar informações sobre determinada temática, a partir do diálogo e do debate entre os indivíduos. Os encontros são mediados por um roteiro e têm coordenação de um moderador, seja para gerar consenso ou para explicitar divergências no grupo estudado (MINAYO, 2010).

A coleta dos dados foi previamente agendada, com datas, horários e locais definidos junto às participantes, mediante suas disponibilidades; foi realizado um encontro com cada grupo de ACS, nos meses de outubro de 2013 (G.1) e janeiro de 2014 (G.2), com duração média de 50 minutos.

A dinâmica foi coordenada pela pesquisadora encarregada de administrar a entrevista e o grupo, enquanto um pesquisador assistente documentou as respostas em formato de relatoria, concomitantemente com a gravação em áudio e vídeo. As discussões foram mediadas com base em perguntas norteadoras, listadas abaixo, a partir das quais foram trabalhados os conceitos de saúde mental e transtorno

mental; casos de sofrimento psíquico identificados na comunidade e fatores determinantes; e formação profissional. 1. O que você entende como saúde mental? 2. O que é transtorno mental? 3. Quais são os tipos de transtornos mentais que você identifica na comunidade? 4. O que você acha que são as causas (ou determinantes) desses problemas? 5. Quais são as ações que você desenvolve diante desses problemas, enquanto ACS? 6. Você recebeu alguma capacitação/treinamento/curso de formação para trabalhar com pessoas com transtorno mental?

A participação das ACS deu-se voluntariamente, e as atividades só foram realizadas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ao término de cada grupo, foram distribuídas fichas de identificação com informações como: nome, idade, sexo, cor, escolaridade, estado civil, tipo de moradia, renda mensal familiar e tempo que trabalha como ACS, para preenchimento individual, com o objetivo de reconhecer o perfil das ACS envolvidas na pesquisa. As entrevistadas foram codificadas com números de 1 a 10.

Os dados coletados foram submetidos ao processo de análise de conteúdo, que, segundo Bardin (1977), configura-se como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que relaciona as estruturas semânticas (significantes) com as estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articula a superfície das mensagens com os fatores que determinam suas características (psicossociais, contexto cultural, entre outras).

A partir das três etapas cronológicas de Bardin (1977), estruturadas em: 1) pré-análise – fase de organização propriamente dita, com uma análise flutuante; 2) exploração do material – etapa na qual os dados brutos são transformados em unidades temáticas (processo de codificação e categorização); e, 3) tratamento de resultados – inferência e interpretação. Na delimitação do 'corpus do estudo', a fim de facilitar a análise, foram geradas seis unidades temáticas: Conceito de saúde mental; Conceito de transtorno mental; Transtornos identificados na comunidade; Determinantes/causas do transtorno mental; Formação, treinamento, capacitação; Apoio matricial e educação permanente.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Complexo Hospitalar HUOC/Procape, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 20045313.4.0000.5192.

Resultados e discussão

Quem são e onde trabalham

Brancas, pardas, morenas, filhas, mães, esposas, solteiras, profissionais, residentes no território onde trabalham, ACS são o elo entre a comunidade e as EqSF, como bem se descrevem e acrescentam: profissionais que prestam cuidados, mas que também precisam ser cuidadas. Mulheres que vivenciam realidades distintas, ainda que tenham o nome do município como algo comum em seus comprovantes de residência. Sobretudo, verdadeiras cidadãs diante de suas comunidades – ACS cidadãs.

Por essas 10 mulheres – nascidas e criadas no município, ou que muito novas chegaram à área do estudo em questão; com idades variando entre 32 (trinta e dois) e 51 (cinquenta e um) anos; na sua maioria, com 2º grau completo (7); e tempo de serviço como ACS entre 2 e 19 anos – foi constituído o universo trabalhado.

Imersas num território amplo, com características físicas, socioeconômicas e culturais diversas, as entrevistadas descrevem os bairros em evidência no estudo como territórios 'bons' para trabalhar, com comunidades receptivas, porém marcadas pela passividade e 'acomodação' dos

comunitários, que não se organizam para reivindicar melhorias na infraestrutura das localidades. Principalmente no bairro com características rurais evidentes (G.2), onde a falta de asfalto, de estruturas comerciais e de lazer, transporte precário e descolamento a 'pé' dos comunitários e ACS são uma realidade. *"Ela não tem transporte, a gente é precária de transporte; asfalto a gente não tem; a gente não tem um lazer aqui [...]"* (ACS 9 – G.2). *"[...] reclamam da dificuldade de transporte. Na minha área tem muitos idosos, deficientes, e eles acham muita dificuldade para chegar até a unidade, porque acham longe"* (ACS 10 – G.2).

Contudo, os territórios são apresentados como tranquilos, ainda que 'mal' vistos por muitos moradores de bairros ou municípios vizinhos, sobretudo pelo aumento do consumo de substâncias psicoativas, como relata uma ACS do G.1, ou, ainda, como 'um paraíso' para morar, mesmo com os problemas estruturais evidenciados pelas ACS do G.2. *"A gente entra aqui e sai a hora que for [...] para a gente não é perigoso, eu não acho"* (ACS 3 – G.1). *"[...] gosto da tranquilidade. De uns tempos para cá, vem piorando o caso das drogas, mas, no meu ver, é um bairro igual a qualquer um, um bairro mais tranquilo do que muitos [...]"* (ACS 4 – G.1). *"Temos as nossas dificuldades... Mas, antes de tudo, é uma comunidade boa de morar, é um paraíso [...]"* (ACS 10 – G.2).

O perfil das entrevistadas do presente estudo assemelha-se aos apresentados por Sousa (2007), Álvares (2012) e Waidman, Costa e Paiano (2012) em suas pesquisas, nas quais a maioria das participantes era do sexo feminino, o que reafirma a prevalência de mulheres na função de ACS, com idades entre os 25 e 60 anos, com 2º grau completo e tempo de atuação profissional inferior a 20 anos de prática.

A partir das narrativas individuais das ACS e do conhecimento do contexto no qual estão inseridas é que se passa à análise e discussão das unidades temáticas.

Conceito de saúde mental

Nos relatos das ACS, pode-se evidenciar o quão difícil é distinguir os termos saúde e doença, parecendo a dificuldade aumentar quando se pretende conceituar saúde mental, uma vez que a definição do termo parece confundir-se ou estar relacionada a quadros de adoecimento, acompanhamento clínico especializado e uso de medicação. *"Saúde mental é um distúrbio que o paciente tem com relação ao comportamento normal das pessoas"* (ACS 9 – G.2). *"Saúde mental, para mim, é o acompanhamento que a gente presta a partir do momento que ele tem aquele diagnóstico, né?" (ACS 8 – G.2). "[...] é está sempre naquele controle, para saber como estão aqueles comunitários, se realmente estão tomando a medicação, se está sendo acompanhado, tanto por psicólogo, psiquiatra"* (ACS 4 – G.1). *"[...] se encontrar alguém já doente... tomar a medicação corretamente, para ter uma vida normal [...]"* (ACS 7 – G.1).

Apenas dois breves discursos fizeram uma associação discreta entre saúde mental e práticas de prevenção e promoção da saúde, tendo ficado evidente, pela maior parte do universo estudado, que saúde mental ainda é compreendida como sinônimo de transtorno mental, termo abordado em seguida: *"[...] é quando a gente está trabalhando para que a pessoa não adoeça [...] a gente não trabalha com a medicação, a gente trabalha com a prevenção"* (ACS 5 – G.1). *"Saúde mental é trabalhar com a orientação e a prevenção"* (ACS 2 – G. 1).

Durante muito tempo, tem-se ouvido profissionais referirem 'trabalhar na saúde mental' como uma prática que, num contexto histórico, esteve reduzida ao estudo e ao tratamento das doenças. Todavia, nas últimas décadas, observa-se um processo contínuo de desconstrução e ressignificação dos conceitos e práticas que definem a saúde mental (AMARANTE, 2007; WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012).

No entanto, observa-se na literatura (e os dados do presente estudo corroboram) a concepção de que o trabalho para desmistificar conceitos preexistentes, principalmente na atenção primária, junto aos ACS, ainda é discreto, e os eixos norteadores da saúde mental ampliada pouco explorados (WAIDMAN; COSTA; PAIANO, 2012). Ainda que realizem práticas de cuidado de maneira mais abrangente, o conceito de saúde mental, na sua magnitude, parece ser pouco compreendido pelas ACS, sendo por elas associado sempre ao estado/quadro de adoecimento.

Vale ressaltar que, na busca do referencial teórico para fundamentar o estudo, poucas foram as pesquisas encontradas que traçaram como um dos objetos de estudo, com o público alvo em questão, a compreensão do termo 'saúde mental'. Muitos dos trabalhos localizados exploram apenas a percepção da terminologia transtorno mental, tais como os de Pereira *et al.* (2007), Sousa (2007) e Costa e Paiano (2012), entre outros.

Conceito de transtorno mental

Para as participantes, o significado da expressão transtorno mental está relacionado a quadros de adoecimento, ao desequilíbrio, ao que está fora dos padrões. *"[...] é quando a pessoa já está doente, né? Aí já está precisando de um atendimento médico, já está precisando de uma atenção maior, ela vai precisar de mais cuidados para que ela não piore"* (ACS 5 – G.1). *"É o desequilíbrio da mente [...] quando a mente não está funcionando, quando ela não está funcionando dentro da forma correta [...]"* (ACS 3 – G.1). "*Então, são doenças acometidas no juízo da pessoa [...] e que não segue o parâmetro da sociedade, que não segue o parâmetro, entre aspas, das pessoas comuns"* (ACS 9 – G.2).

Os dados corroboram os levantados por Barros, Chagas e Dias (2009) e Álvares (2012), ao verificarem em estudos que a definição de transtorno mental como uma doença de cabeça é significativamente comum entre os ACS, cuja identificação dá-se facilmente em função de características comportamentais destoantes do consenso construído pelo coletivo.

Os sujeitos estudados apresentam conceitos que remetem a indivíduos em situação que demanda cuidados, mas os relatos demonstram insegurança para definir a expressão transtorno mental. Essa dificuldade para estruturar a definição do termo pode ser um reflexo do termo transtorno, ainda bastante utilizado, e fruto de um imaginário social construído, o qual remete a transtornado, o mesmo que possesso, (AMARANTE, 2007; ÁLVARES, 2012).

Tais colocações confirmam a importância de falar, compreender, cuidar de sujeitos e utilizar, cotidianamente, o termo sofrimento psíquico ou mental, seja pelos profissionais e pelas instituições de saúde ou na própria comunidade. A ideia de sofrimento nos remete a pensar em um indivíduo que sofre, nas experiências por ele vividas, nos contextos em seu entorno e nos papeis sociais que desempenha. Logo, trabalhar com essa concepção, bem como difundi-la na sociedade, pode possibilitar a desconstrução de mitos enraizados na cultura popular e libertar o sujeito em sofrimento psíquico das representações reducionistas de um diagnóstico: de um ser sadio ou doente, normal ou anormal, o diferente.

Transtornos mentais identificados na comunidade

Ao serem questionadas sobre os transtornos mentais que identificam nas atividades cotidianas, as ACS listam uma variedade de diagnósticos presentes na CID-10, ainda que refiram não conhecê-los de fato, demonstrando nos relatos compreender e acolher o sujeito pelos sinais e sintomas apresentados. "*Fobia tem muito [...] drogas, síndrome do pânico... o transtorno bipolar, autismo"* (ACS 7 – G.1). *"Eu vejo muita ansiedade, agressividade, depressão tem muita [...]"* (ACS 5 –G.1).

"Esquizofrenia, depressão, ansiedade, síndrome do pânico" (ACS 8 – G. 2). *"O que eu vejo aqui é muita depressão"* (ACS 9 – G.2). *"[...] falta de sono, que escuta vozes, não querem comer, nem dormir, nem tomar banho. Muitos ficam quieto, calado, no cantinho"* (ACS 10 – G.2).

Apontam uma maior frequência de casos de depressão e esquizofrenia identificados, com ênfase para depressão. *"Acho que depressão, depressão tem demais [...]"* (ACS 3 – G.1). *"O que eu vejo aqui é depressão e muita, e esquizofrenia"* (ACS 8 – G.2).

Os discursos assemelham-se aos observados por Sousa (2007) e Álvares (2012) em estudos com ACS, nos quais as ACS mencionaram diagnósticos, tais como os supracitados, de maneira não especificada; e reforçam a familiaridade das ACS com transtornos psicóticos (esquizofrenia) e depressivos, principalmente com a depressão.

Estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS), conduzido no Rio de Janeiro, apontou uma prevalência de 29,5% de diagnósticos de transtornos depressivos na atenção primária, sem contar no contato cotidiano das ACS com demandas caracterizadas por sintomas ansiosos, depressivos e somatoformes (VALENTINI *ET AL.*, 2004). Os dados ajudam a justificar os relatos das agentes de saúde quando declaram se deparar mais frequentemente com tal tipo de sofrimento no exercício de sua profissão.

Verificou-se ainda na análise dessa unidade temática que as agentes comunitárias não apontaram espontaneamente, durante a discussão, o uso prejudicial de álcool e outras drogas como um transtorno mental. Após serem questionadas, lançaram mão de alguns discursos que, embora apontem o consumo dessas substâncias pelos comunitários, não definem seguramente a dependência química como uma situação de sofrimento psíquico. *"Tem também o transtorno pelo álcool e outras drogas"* (ACS 7 – G.1). *"[...] acho que é até um tipo de transtorno a dependência"* (ACS 5 – G.1). *"[...] eu acho, pelo menos nessa área da gente, acho que o maior problema de saúde mental é o consumo de droga"* (ACS 3 – G.1).

Por fim, foram observadas nas falas dúvidas quanto a essa questão, principalmente pelos sujeitos do G.2, e até mesmo na política de saúde, na qual o uso prejudicial de álcool e outras drogas está inserido. *"Saúde do homem, já que a maioria dos alcoolistas são homens"* (ACS 8 – G.2).

Observa-se, também, que há raras referências aos transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, bem como a compreensão do mesmo como uma questão de saúde mental, sobretudo pela utilização do álcool, cujo consumo é socialmente aceito e pouco chama atenção das ACS (SOUSA, 2007).

Determinantes/causas dos transtornos mentais identificados na comunidade

Para as ACS, as causas dos transtornos mentais parecem estar relacionadas, na sua maioria, a fatores externos. Os contextos sociais nos quais o sujeito está inserido, as relações estabelecidas e os eventos ocasionais do ciclo vital são citados como os principais fatores determinantes do sofrimento psíquico.

> *Muita ociosidade. Jovens que não trabalham, não estudam, não querem nada, passam o dia sem fazer nada e terminam entrando nas drogas. Aí gera um problema familiar, a mãe adoece, entra em depressão, e aí começam os transtornos, gera um desequilíbrio na família toda, né?* (ACS 1 – G.1).

"É o nível de estresse muito alto, desemprego, um falecimento, perda de um familiar, é o estresse do dia a dia, é algum problema que ele não sabe conduzir diante da vida" (ACS 8 – G.2).

Diversos fatores foram apontados pelas ACS, condizendo com a gênese multifatorial dos transtornos mentais apresentada pela OMS (2001), que pontua como sendo diversos os fatores que determinam a prevalência, o início e a evolução dos transtornos mentais. Segundo a OMS, fatores sociais e econômicos, demográficos (sexo e idade), ameaças graves, como conflitos e desastres, a presença de doença física grave e o ambiente familiar estão entre estes fatores determinantes do sofrimento psíquico.

Assim como pontuado por Sousa (2007), para as ACS do presente estudo, o sofrimento mental decorre de vários excessos, como problemas, preocupações, estresses da vida cotidiana e das dificuldades de cada um para superar os problemas vividos.

Os dados ainda corroboram com Barros, Chagas e Dias (2009), que referem também estarem implicados na origem dos transtornos mentais os eventos de vida que desestabilizam o estado emocional do indivíduo, como a perda de familiares, do emprego ou a ociosidade. Os autores observaram que as ACS sinalizam, com destaque, o desemprego e as dificuldades financeiras como fatores determinantes para o desequilíbrio da saúde mental.

Não menos importante, mas pouco pontuado pelas ACS do presente estudo, foram os fatores genéticos, hereditários, como determinantes no processo de sofrimento psíquico, tendo sido necessário, junto a um dos grupos, mencionar a temática, para, assim, vir à tona a discussão. *"Algumas são da genética, mas algumas vêm pelo ambiente, pelo contexto"* (ACS 1 – G.1). *"Surgem por questões externas e também familiares, hereditário também existe isso. Não só as causas externas do dia a dia"* (ACS 9 – G. 2).

O fato apontado pode ser justificável, uma vez que as dificuldades para identificar as alterações genéticas e fisiológicas determinantes dos transtornos mentais ainda são uma realidade, pois, diferentemente das doenças clínicas, cujas causas e efeitos são facilmente comprovados, os transtornos mentais têm sua organicidade ancorada na incerteza – na chamada etiologia não definida (SALUM JÚNIOR, 2012). Os fatores genéticos são, muitas vezes, esquecidos ou não mencionados, assim como o sofrimento psíquico, atrelado à subjetividade do sujeito, bem como aos fatores do ambiente no qual está inserido.

É preciso atentar, também, para o fato de que o transtorno mental, quando entendido como hereditário, assume uma roupagem 'fatalista', já que não se pode, segundo essa perspectiva, interferir na sua gênese; e o indivíduo, no lendário popular, torna-se estigmatizado, predestinado à dependência do meio, incapaz de desempenhar adequadamente os papéis ocupacionais e sociais exigidos pela coletividade. Essa associação pode, também, justificar o fato de as condições genéticas não terem sido muito citadas como fator determinante do sofrimento psíquico (BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009).

Assim, torna-se evidente que as ACS entendem como determinantes da saúde mental macrofatores, associados não só ao setor saúde, imediatamente perceptíveis, mas a fatores externos a este, como o trabalho, o desempenho de papéis e as redes de apoio social (BARROS; CHAGAS; DIAS, 2009).

Formação, treinamento, capacitação

No material compilado, observou-se que as ACS relatam poucos ou nenhum processo de formação, capacitação, treinamento ou preparação para que possam intervir junto às demandas de saúde mental da comunidade. Ao mesmo tempo, referem ter interesse em receber formação e reconhecem a necessidade dessas ações para compreensão da complexidade que envolve o sofrimento psíquico e a consequente melhoria de seus processos de trabalho. "*Vocês receberam algum treinamento? (Pesquisadora) Naaaaaaão! [um coro]"* (G.1). *"A gente não tem capacitação desde a época de [...] há mais de 10 anos"* (ACS 5 – G.1). *"A gente já teve, no*

iniciozinho, sobre saúde mental, mas sobre medicação, não" (ACS – G.1). *"Eu queria muito. Eu acho que o que a gente tem mais dificuldade em saúde é saúde mental"* (ACS 6 – G.1). *"Rapaz, eu não me lembro, não. Até porque faz muito tempo que a gente não teve uma capacitação. Está voltando a ter agora, está voltando a se reciclar agora"* (ACS 9 – G. 2). *"Sim, a gente precisa muito desse curso de saúde mental"* (ACS 10 – G.2).

Os dados do presente estudo não diferem dos encontrados por Vecchia e Martins (2009) e Álvares (2012), nos quais as ACS apontam a inexistência de processos de capacitação nas localidades pesquisadas ou fragilidades quando os mesmos acontecem, sobretudo, no que concerne às metodologias utilizadas, que, na maioria das vezes, não dialogam com a realidade por elas vivenciada; bem como a importância e o interesse em realizá-las. Essas evidências vão de encontro às inúmeras mudanças que operam no campo das políticas públicas, como na Reforma Psiquiátrica, que exige qualificação dos recursos humanos, principalmente da atenção primária, diante do modelo de cuidado de base territorial preconizado.

Damos destaque para a fala seguinte, que problematiza a questão das metodologias utilizadas durante os processos formadores.

> *Se conseguirem alguma capacitação em saúde mental [...] Seria bom e interessante que fosse assim, dinâmica, ter um dinamismo, uma dinâmica de trabalho diferente, uma capacitação diferente. Porque, geralmente, é o instrutor na frente e o agente de saúde atrás, e ele só vomita, vomita, vomita... que fosse uma coisa envolvente, que envolvesse mesmo e desse gosto de participar. Porque a gente só fica lá a manhã toda só sentada, e 'priu', aí sai. Muitas vezes, acrescenta coisas que a gente sabe, mas, muitas vezes, é só um repasse. Que fosse uma capacitação como oficina, oficina, entendesse?* (ACS 9 – G.2).

No relato supracitado, pode-se evidenciar que é uma realidade, durante as capacitações e demais espaços de formação das ACS, a lógica da educação bancária, compreendida por Paulo Freire (1987) como uma relação fundamentalmente narradora entre educador e educando. Metodologia na qual a educação se torna um ato de depositar conteúdos, com o educador na função de depositante e os educandos como os depositários.

Concomitantemente, os resultados sugerem reflexões acerca da formação em saúde mental ofertada aos agentes comunitários e de como ela vem sendo por eles compreendida. Desde o ano de 2002, o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, que incentiva, apoia e financia a implantação de núcleos de formação em saúde mental para a rede pública, com alguns cursos somente para ACS. Programas esses desenvolvidos através de convênios com instituições formadoras (especialmente universidades federais), municípios e estados, e que contabilizam inúmeras capacitações para integrar saúde da família e saúde mental numa única rede de cuidados aos usuários de todo o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007).

Cabe pontuar que, embora as ACS do estudo não tenham realizado curso técnico para exercerem essa função, o município no qual atuam possui um vasto histórico de ações voltadas para formação profissional, sobretudo com ênfase na educação permanente como proposta formadora. Ressalta-se, ainda, que no período da coleta de dados da pesquisa apenas um dos grupos das ACS havia iniciado o projeto Caminhos do Cuidado, desenvolvido recentemente pelo Ministério da Saúde, com a meta de oferecer formação em saúde mental, *crack* e outras drogas para ACS e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem. O projeto supracitado não foi referido pelas agentes de saúde durante a coleta dos dados.

Apoio matricial e educação permanente

Durante a coleta de dados, chamou atenção nos discursos o fato de os sujeitos pesquisados apontarem que adquirem conhecimento do processo de trabalho no dia a dia e que têm suporte de alguns profissionais como algo presente nas suas atividades cotidianas. No entanto, as nomenclaturas das estratégias utilizadas como sendo práticas de educação permanente e apoio matricial não foram referidas durante a pesquisa, e a compreensão de que tais atividades fazem parte de um espaço contínuo de formação e qualificação profissional não parece clara ou do conhecimento das ACS. *"A gente pega a manha no dia a dia, mas a gente precisa de orientação"* (ACS 3 – G.1).

> *E o psicólogo daqui, não é um curso que ele dá. Ele dá uma pincelada, para ser mais fácil, para a gente identificar alguma necessidade que aquele paciente tenha de procurar um profissional. Ele faz em cada reunião, fala sobre o que é esquizofrenia, dá uma pincelada do que seja esquizofrenia, o estresse, o que leva, entendeu? Ele dá uma pincelada.* (ACS 9 – G.2).

A partir dos discursos analisados e do levantamento do referencial teórico para fundamentar o estudo em questão, constata-se a escassez de pesquisas que abordem diretamente as temáticas do apoio matricial e da educação permanente com os ACS, a fim de identificar a real compreensão das ACS quanto às metodologias referidas. Foi possível localizar estudos, como o de Cunha e Campos (2011), entre outros, que apresentam os resultados de estratégias de apoio matricial de um modo geral, junto aos agentes de saúde (com intervenções e avaliações em um espaço de tempo delimitado), na maioria, bem sucedidas e operacionalizadas por equipes ligadas ao campo da pesquisa – como centros universitários, programas de residências em saúde, entre outros.

Estudos de equipes matriciadoras permanentes que avaliem impactos do apoio matricial no cuidado em saúde e a compreensão da estratégia pelas ACS, desde o significado da expressão à importância no processo de trabalho, não foram identificados até a estruturação final do artigo.

Os dados chamam a atenção e fazem recordar o conteúdo referido pelo Ministério da Saúde (2007) no 'Relatório de Gestão 2003-2006' (BRASIL, 2007). No documento, a implantação, expansão e qualificação do apoio matricial (conceituado como uma metodologia de trabalho que visa a assegurar, além da retaguarda especializada, no nível assistencial e técnico-pedagógico, um espaço no qual ocorra intercâmbio sistemático de conhecimento entre equipes de referência – profissionais da atenção primária e os apoiadores) foram apresentadas como um dos principais desafios para a gestão da política de saúde mental (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Também foi apontada a necessidade do fortalecimento de uma política efetiva de formação continuada, compreendida como o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde em análise – a educação permanente –, como uma das principais prioridades para consolidação do cuidado integral do sujeito nos anos seguintes ao relatório. Continuam esses ainda sendo os desafios para a expansão das ações de saúde mental na atenção primária?

A ausência da denominação clara e espontânea dessas ações, pelas participantes da pesquisa, pode permitir, ainda, alguns questionamentos para estudos futuros, sobretudo pela compreensão de que tais metodologias podem ajudar na desconstrução de pré-conceitos populares relacionados ao sofrimento psíquico, e subsidiar práticas diárias em saúde, com delineamento de uma linha de cuidado de qualidade em saúde mental.

Considerações finais

Perfazer e tentar depreender os caminhos que levam à prática das ACS revelou que as intervenções no campo da saúde mental estão sendo reformuladas e realizadas de maneira mais abrangente ao longo dos últimos anos. No entanto, as percepções da categoria ainda estão pautadas no imaginário popular, e o conceito amplo de saúde mental pouco compreendido e aplicado nas práticas cotidianas dessas profissionais.

Durante a análise dos dados e a identificação do perfil das ACS, chamaram atenção as variáveis grau de escolaridade e tempo de experiência profissional. Ainda que a maioria apresente 2º grau completo e mais de 10 anos de exercício da função, esses elementos não se mostraram determinantes para justificar a aquisição de percepções mais amplas da saúde mental e do sofrimento psíquico, como também uma fundamentação das atividades profissionais sem a exigência frequente de espaços de formação para a construção de conhecimento técnico-científico.

É bem verdade que, para muitos, o conhecimento gera a necessidade de mais conhecimento, e capacitações com fundamentação técnica acabam por se tornar uma exigência pessoal e profissional constante dos atores envolvidos no cuidado em saúde. Essa cobrança parece se destacar entre os agentes comunitários, cuja identidade profissional é marcada pelos valores e pela cultura dos territórios nos quais estão inseridos, e o saber empírico é a principal base conceitual do processo de trabalho. Essa dicotomia gera conflitos e contradições entre manter a essência da categoria, com base nos conhecimentos populares, ou instrumentalizar científica e academicamente esses profissionais. Fato é a importância de somar esses conhecimentos, populares e científicos, para a efetivação das políticas de saúde mental, principalmente na atenção primária.

Os dados do estudo apontam que, para além de instituir uma política de saúde mental que garanta os direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, por anos à margem da sociedade, faz-se necessário formar, qualificar e apoiar os profissionais envolvidos no processo de cuidado, principalmente considerando as suas percepções oriundas de um processo cultural, cuja lógica manicomial e asilar era a única estratégia de atenção à saúde, para, a partir de então, trabalhar na perspectiva da desconstrução de conceitos, mitos e preconceitos, que até hoje permeiam o imaginário popular e comprometem o cuidado do sujeito em sofrimento psíquico.

A análise dos resultados obtidos no estudo respondeu às questões iniciais, tidas como norteadoras da pesquisa, e também apontou para reflexões importantes. Mas a pesquisa é, sim, o ponto de partida para novas investigações, ao apontar reflexões importantes sobre a trajetória local da formação dos profissionais da atenção primária com relação à saúde mental e sobre as possíveis ações a partir das estratégias de educação permanente e apoio matricial. ■

Referências

ÁLVARES, J. C. *Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre as práticas de saúde mental na unidade básica de saúde da família do Paranoá no Distrito Federal*. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: < http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10726/1/2012_JulianaCardoso%C3%81lvares.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2013.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

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

BARROS, M. M. M. A.; CHAGAS, M. I. O.; DIAS, M. S. A. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2009, p. 227-232. Disponível em: < http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63014124>. Acesso em: 15 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. *Relatório de Gestão 2003-2006*. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF* – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 05 mar. 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, 2007, p. 399-407. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 mar. 2014.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade,* São Paulo, v. 20, n. 4, 2011, p. 961-970. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013>. Acesso em: 20 mar. 2014.

FERNÁNDEZ, M. R. *A prática da psicanálise lacaniana em centros de saúde:* psicanálise e saúde pública. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2001/fernandezmrm/capa.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2014.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. Disponível em: <http://www.letras.ufmg.br/espanhol/pdf%5Cpedagogia_do_oprimido.pdf>. Acesso em: 15 maio 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBEGE). *Cidades*. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 07 mar. 2013.

MINAYO, M. C. S. Técnicas de pesquisa. In.: _____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. *Relatório sobre a Saúde no Mundo*, Genebra, 2001. Disponível em: < http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2014.

PEREIRA, M. A. O.; BARBIERI, L.; PAULA, V. P.; FRANCO, M. S. P. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. *Rev Esc Enferm USP,* São Paulo, v. 41, n. 4, p. 567-572, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/04.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2013.

SALUM JÚNIOR, G. A. *Transtornos mentais comuns na infância:* estudo de mecanismos genéticos e neuropsicológicos. 2012. Tese (Doutorado em Ciências Médicas-Psiquiatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: < http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/61914/000867722.pdf?sequence=1>. Acesso em: 17 mar. 2014.

SOUSA, G. C. *O Agente Comunitário de Saúde e Saúde Mental:* percepções e ações na atenção às pessoas em sofrimento mental. 2007. 106f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/.../Gianne_Carvalho.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2013.

SOUZA, A. C. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família [internet]. *Esc Anna Nery Rev Enferm,* v. 10, n. 4, dez. 2006, p. 703-710. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a12>. Acesso em: 05 mar. 2014.

VALENTINI, W. et al. Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. *Rev. Saúde Públ.*, São Paulo, v. 38, n. 4, 2004, p. 522-528. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v38n4/21081.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2014.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 14, n. 1, 2009, p. 183-193. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100024>. Acesso em: 20 mar. 2014.

WAIDMAN, M. A. P.; COSTA, B.; PAIANO, M. Percepção e atuação do agente comunitário de saúde em saúde mental. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 46, n. 5, 2012, p. 1170-1177. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/19.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2014.

Recebido para publicação em julho de 2014
Versão final em janeiro de 2015
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde

The manager's speech of the Family Health Strategy on decision making in healthcare management: a challenge for the Unified Health System

Amanda Del Caro Sulti[1]; Rita de Cássia Duarte Lima[2]; Paula de Souza Silva Freitas[3]; Camila Nogueira Felsky[4]; Heletícia Scabelo Galavote[5]

RESUMO O artigo discute a tomada de decisão na gestão municipal a partir dos discursos dos gestores da Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, realizada por meio de observação direta de uma equipe de saúde e entrevistas. Dessa forma, apreendeu-se que os gestores da ESF assumem-se como o centro da equipe, predominando a hierarquização das relações e tomadas de decisão centradas na gestão. Assim, é necessário compreender as estruturas de poder no interior das instituições de saúde, já que são as relações do cotidiano que determinam o caminhar da gestão. É preciso que esses espaços ampliem os momentos de escuta dos trabalhadores no processo de gestão compartilhada.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Gestão em saúde; Política de saúde.

ABSTRACT *The article discusses the decision making in the municipal management from the managers speeches of the Family Health Strategy* (ESF). *It is about a research with qualitative approach, carried out by means of direct observation of a health team and interviews. Therefore, it was impounded that the* ESF *managers are assumed as the center of the team, prevailing the ranking of relationships and decision makings centered on management. Thus, it is necessary to understand the power structures within health institutions, once are the daily relationships that determine the management progress. It is needed that those spaces enlarge the listening moments for workers in the shared management process.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Family Health Strategy; Health management; Health policy.*

[1] Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil. *amandasulti@gmail.com*

[2] Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Vitória (ES), Brasil. *ritacdl@uol.com.br*

[3] Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Vitória (ES), Brasil. *paulinhassf_enf@yahoo.com.br*

[4] Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil. *cnfelsky@gmail.com*

[5] Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil. *heleticiagalavote@yahoo.com.br*

 DOI: 10.1590/0103-1104201510402 38

Introdução

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser direito do cidadão e dever do Estado. O texto constitucional, nos artigos 196 a 200, incorporou princípios da reforma sanitária brasileira e determinou uma nova lógica organizacional ao criar o Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, para operacionalizá-lo, a gestão dos serviços passou a se organizar de forma descentralizada, com comando único em cada esfera de governo, trazendo para os municípios o papel de protagonista da gestão do sistema de saúde em seu território e a responsabilidade pela Atenção Básica (AB), assumindo, a partir desse momento, as ações e os serviços de saúde (SOLLA, 2010).

Nesse cenário, o advento da reforma sanitária e a construção do SUS criaram novas demandas assistenciais, gerenciais e intersetoriais, induzindo à necessidade de mudança na forma de governar. Assim, a gestão dos serviços de saúde assume significado estratégico para a consolidação das políticas do SUS e para a reorganização dos processos de trabalho dos profissionais da saúde, para o atendimento das necessidades da população (FERREIRA, 2012).

No entanto, observa-se que os espaços dos serviços de saúde são palcos de ação de diversos atores sociais que possuem intencionalidades na maneira de organizar seu processo de trabalho. Os profissionais de saúde atuam fazendo uma mescla de seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho, caracterizando, dessa forma, o cotidiano desses serviços: normas e papéis institucionais contra práticas privadas de cada trabalhador (MERHY, 2007).

Nesse sentido, falar em gestão em saúde, na perspectiva das relações e do trabalho vivo em ato - aquele em que, no mesmo momento em que o trabalho é executado, o produto é realizado - é considerar o processo de subjetividade, ou seja, a forma como cada trabalhador opera o seu trabalho no dia a dia dos serviços (CECILIO; MENDES, 2004), visto que, no cotidiano dos serviços de saúde, apesar da adoção de práticas centradas em atos prescritivos, burocráticos e com alto consumo de procedimentos, o trabalho em saúde permite que o trabalhador opere com certo grau de liberdade e autonomia (MERHY, 2002). Por meio desse espaço de liberdade, os trabalhadores são capazes de atualizar antigos modelos e produzir novos, assim como o fazem a comunidade e os usuários, de forma que são as escolhas do conjunto desses atores que convertem as normas e os desenhos institucionais em atos e práticas concretas e produzem a realidade social. Ou seja, mesmo o SUS sendo organizado a partir de normas, protocolos e programas, são os sujeitos inseridos nele que conformam, de fato, o desenho institucional e seus fluxos.

Esse é um grande desafio à gestão, já que a intervenção em saúde depende da construção das relações, da configuração das redes cooperativas, que não podem ser respondidas com a normalização do processo de trabalho. Além disso, o não reconhecimento de que toda gestão é resultado de uma interação entre indivíduos tende a reproduzir "formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e dos usuários" (CAMPOS, 2003, P. 86).

Assim, parte-se da lógica de que o trabalho em saúde se realiza a partir do encontro entre trabalhadores e usuários, formando uma rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade. No seu dia a dia, o trabalhador faz uso de diversas tecnologias, saberes e instrumentos e tem como objeto de ação o homem enquanto sujeito social. A gestão constrói-se em uma relação e não pode ser limitada à divisão entre os que produzem e os que consomem, pois a produção e o consumo são simultâneos e acontecem do encontro entre o trabalhador e o usuário (MERHY, 2007).

Tendo por objeto o trabalho humano, que, disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deveria realizar tanto a missão das

organizações como o interesse dos trabalhadores (BRASIL, 2009), esse trabalho entende a gestão em saúde como um campo de ação humana que visa à coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins, metas e objetivos, que tem como princípios governar os processos políticos implicados com a formulação e a decisão sobre os caminhos a serem adotados e os processos de produção de atos de saúde (MERHY, 2002). Mais ainda, entende-se a gestão como um processo em construção, que se faz no cotidiano do trabalho e que possui, através do agir, potencial transformador para a construção de um modelo assistencial que trabalhe para a consolidação do SUS (VANDERLEI, 2005).

A gestão engloba os processos políticos implicados com a formulação e a decisão sobre os caminhos a serem tomados, assim como os processos de produção de atos de saúde. Merhy ainda afirma que, para governar em saúde, os gestores precisam de uma caixa de ferramentas contendo "tecnologias que permitam a sua ação nos terrenos da política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho" (MERHY, 2002, P. 157). Faz uso de tecnologias leve-duras, como as normatizações burocráticas e técnicas, e, também, de tecnologias leves, ou das relações, sendo fundamental para a orientação dos processos de trabalho (MERHY, 2002).

Nesse contexto, os gestores apresentam-se como peças fundamentais para a construção de modelos de gestão que sejam capazes de, além de contribuir para a produção de saúde, contribuir para a constituição de sujeitos que tenham seus projetos pessoais articulados com a responsabilização na construção de um modelo de atenção que cumpra os princípios do SUS. Isso se afirma tendo em vista que municípios que investiram em reformas na estrutura dos sistemas locais de saúde, mas que não alteraram a forma de como se faz a gestão dos serviços, não conseguiram alcançar novas produções de saúde (PIMENTA, 2006).

Assim posto, é importante observar que

> [...] a gestão não é apenas a organização do processo de trabalho, mas é o que se passa entre vetores-dobras que o constituem. Os vetores, entretanto, não estabelecem entre si relações deterministas ou determinadas, mas relações de intercessão, sustentadas num princípio de inseparabilidade e co-extensão, de tal modo que tais vetores configuram-se bem mais como dobras de um plano de produção. (BARROS; BENEVIDES DE BARROS, 2007, P. 62).

Pela gestão, perpassam, também, questões referentes aos desejos, necessidades, interesses dos sujeitos envolvidos, saberes inseridos nos processos de trabalho, poder, modo de operar as relações e a coletivização das políticas públicas. Assim, o cenário da gestão em saúde é complexo e inserido na intercessão entre os processos de trabalho, os sujeitos e o poder (BARROS; BENEVIDES DE BARROS, 2007).

Este artigo tem como objetivo analisar o processo de tomada de decisão na prática da gestão no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), a partir dos discursos dos gestores, tendo como alicerce o pressuposto de que a gestão pode ser conceituada não como um lugar, mas, sim, como um "elemento-passagem entre fluxos de trabalhos/saberes; fluxos de subjetivação/sujeito; fluxos de relação/poder" (BARROS; BARROS, 2007, P. 64).

Metodologia

Para alcançar o objetivo deste estudo, foi necessário buscar os significados dos discursos, assim como levar em consideração as relações que se estabelecem entre os sujeitos inseridos no processo de gestão. Em decorrência disso, o percurso metodológico seguido foi orientado pela abordagem qualitativa. Foram utilizados como instrumentos metodológicos para a coleta de dados: a observação direta de uma equipe de ESF, a construção de um diário de campo e entrevistas

individuais semiestruturadas com os gestores da ESF de um dos municípios da região metropolitana da Grande Vitória (ES).

Sabe-se que todos os sujeitos que estão inseridos na ESF fazem parte do processo de gestão com suas capacidades de abrir espaços de disputas de projetos e dar sentido ao trabalho em saúde (BRASIL, 2009; MERHY, 2007), de forma que "tanto o usuário governa, quanto os trabalhadores" (MERHY, 2007, P. 24). No entanto, para o alcance dos objetivos deste estudo, foram considerados gestores os profissionais que ocupam uma situação formal na 'máquina estatal', assim, ocupam um lugar que possibilita controle na administração de recursos, poderes instituídos e que são, portanto, capazes de operar recursos para dar sentindo ou não a determinadas políticas públicas (MERHY, 2007). Dessa forma, os participantes do presente estudo foram o secretário municipal de saúde, o coordenador municipal de Atenção Básica, um integrante do Núcleo de Estratégia Saúde da Família e um coordenador de Unidade de Saúde da Família (USF).

Este estudo é uma das dimensões da pesquisa 'Análise das principais modelagens de gestão na Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo', desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisa em Planejamento, Avaliação e Gestão em Saúde Coletiva (NUPGASC) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, a qual foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/Ufes) e aprovada em 28 de agosto de 2013 – parecer n.º 363.867.

Foi solicitada ao gestor municipal de saúde uma autorização para a realização da pesquisa no âmbito municipal. O projeto foi aprovado pela Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos do município e pelo secretário municipal de saúde, por meio da emissão da declaração de anuência de desenvolvimento de pesquisa. Além disso, cada participante do estudo foi devidamente esclarecido sobre a pesquisa e manifestou a anuência da sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

De forma a manter o sigilo dos participantes, os gestores serão identificados pela letra G (gestor), acompanhada de um numeral arábico: G1 (secretário municipal de saúde), G2 (coordenador da Atenção Básica), G3 (integrante do Núcleo de Estratégia Saúde da Família) e G4 (coordenador de Unidade Saúde da Família).

Resultados e discussão

Os participantes do presente estudo estão inseridos em uma parcela do organograma da Secretaria Municipal de Saúde. Trata-se, entre outras estruturas, da porção em que está a figura do Secretário Municipal de Saúde, seguido pela Superintendência de Atenção à Saúde. Inserida nessa superintendência está a Gerência de Atenção Primária; abaixo dela, a Gerência de Unidade de Atenção Primária. O Núcleo de Estratégia Saúde da Família não aparece no organograma, contudo, está ligado à Gerência de Atenção Primária.

O processo de trabalho dos profissionais inseridos nessa estrutura é organizado de acordo com essa lógica, de forma que as Equipes de Saúde da Família (EqSF) são acompanhadas de perto pelo Núcleo de Estratégia Saúde da Família, que, por sua vez, possui o papel de dar suporte e monitorar as equipes. Nessa organização, o processo de trabalho do núcleo, de acordo com os discursos dos gestores, é baseado na realização de monitoramento de indicadores *in loco*, orientações quanto à produção de relatório mensal, além de ser responsável por levar até as equipes as demandas da Secretaria e fazer o caminho contrário.

> *Então, a minha presença lá não é cobrança intensa. Eu trabalho de acordo que eu vejo a*

situação. Se for uma equipe completa, e estão deixando a desejar, eu dou uma 'chamadinha': Como não tem esse conhecimento? Como vocês não estão conseguindo atender às prioridades? Não falta gente, não falta enfermeiro, não falta médico, né? O que está acontecendo que vocês não estão conseguindo atender na íntegra, uma vez que vocês estão numa equipe completa? (G3).

Entretanto, a função do núcleo na equipe é questionada pelo coordenador da unidade, que, mesmo reconhecendo o papel de apoiador do núcleo, deixa claro até onde cada um pode interferir. Naquele espaço, a última palavra é dele:

Por aqui ser estratégia, antes tinha muito o núcleo como o 'detentor' da unidade, mas, quando eu vim pra cá, eu já coloquei que isso não é legal, porque a unidade, o núcleo é um apoiador, mas existe uma gerência, uma superintendência, então, isso tem que ser levado em conta, né? O núcleo é um apoiador? Então, ele vai vir apoiar a unidade, vai vir apoiar o servidor, vai vir trazer alguma novidade, mas ele não é o detentor do poder de gerenciamento dentro da unidade. Ou como o gerente da unidade, acima do gerente, assim, ele não é. (G4).

Por outro lado, a função da coordenação é discutida em reunião do integrante do núcleo com a equipe da unidade. Durante a observação, pode-se acompanhar o papel do integrante do núcleo na equipe. A reunião foi para orientar a equipe quanto à avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e discutir possíveis melhorias. Além dos indicadores, foram levantadas pelos profissionais questões referentes à organização da unidade (prontuários, padronizações, mudanças na realização das marcações de consultas e exames). Frente a essa demanda, o G4 sugere que essa pauta seja levada para o coordenador da unidade, pois é quem tem capacidade de fazer alterações:

[...] O último tópico trabalhado na reunião foi sobre as dificuldades em terem informações sobre o que ocorre na unidade, visto que ninguém possui acesso ao e-mail da unidade e muitas vezes não são informados das reuniões e capacitações feitas pelo município. Uma das médicas da unidade de saúde ainda afirma que tem dificuldade de sair para capacitações pela resistência da coordenação. Os agentes comunitários de saúde falam que não conseguem ir às assembleias da categoria. (Diário de Campo, 2013).

Além disso, o gestor na unidade de saúde detém o controle sobre instrumentos que impõem sua presença, mesmo quando está fisicamente distante, como o controle sobre a chave da sala da administração, o celular da unidade e a senha do e-mail da unidade de saúde, para onde são enviadas todas as informações e os comunicados. Quando não está na unidade, o coordenador elege um membro de confiança para ser responsável por esses instrumentos administrativos.

Nesse contexto, a dimensão de poder expressa na organização da saúde é designada por controle e disciplinamento. Ela atravessa o cotidiano e é clara no organograma formal da Secretaria. Observa-se, também, que o poder gerencial está 'diluído' entre os gestores, os quais possuem o ensejo de decidir sobre a organização do processo de trabalho dos profissionais. Na pesquisa, podem-se identificar vários mecanismos de uso do poder disciplinar arraigados na gestão da ESF: o controle da equipe no cumprimento de metas – assim como a 'chamadinha' que o G3 direciona às equipes que estão completas, mas que não cumprem seus indicadores – e a centralização dos instrumentos de comunicação nas mãos do coordenador da USF, fazendo com que ele decida sobre a organização das ações da equipe.

Outro ponto importante é que, no cenário da gestão municipal de saúde, observa-se que a figura do secretário é representada, no dia a dia das unidades, principalmente, pelo colegiado gestor.

De acordo com o secretário municipal de saúde, o apoio institucional e o colegiado gestor foram instituídos para trabalhar com as equipes. Essas duas estruturas têm capacidade de intervir no cotidiano do trabalho e são responsáveis, também, por indicar as propostas que são definidas dentro da secretaria. Apesar desse objetivo, o secretário ressalva que a gestão não faz interferência no dia a dia do processo de trabalho do coordenador. *"Eu não sou de interferir cotidianamente lá na unidade. Eu acho que se tem um gestor naquela unidade, ele precisa fazer isso. Ou então ele não pode ser gestor naquela unidade".* (G1).

> *A gente instituiu o apoio institucional, que é o acompanhamento de um assessor da Política Nacional de Humanização. Ele está trabalhando aqui conosco de março pra abril, e em cada unidade, cada serviço, nós temos um conjunto de apoiadores. Esses apoiadores têm um espaço de encontro aqui para que eles também compreendam seu papel e, a partir disso, façam intervenção nas unidades. [...] Mas ele também leva pensamentos daqui, programas da secretaria, diretrizes, prioridades. Então, se vamos pensar num modelo de acolhimento para as unidades, construímos a proposta, e esses apoiadores vão à unidade e, junto com o colegiado gestor, vão discutir esse novo modelo de acolhimento.* (G1).

O colegiado gestor é uma estrutura que foi posta em prática na gestão de G1 e acatada por todas as EqSF do município. Teve início com as capacitações dos gestores locais, para, posteriormente, ser implantada nas unidades. Interessante observar que essa é uma proposta que as equipes, obrigatoriamente, devem implementar.

> *Ela fez a formação com os gestores locais primeiro, e, aí, nós trouxemos a proposta pra unidade. Montamos um conselho, fizemos a eleição dos conselheiros, como deveria ser, e começamos as reuniões.* (G4).

Através das falas dos gestores, uma dupla de apoiadores marca reuniões nas unidades de saúde, uma vez ao mês, para levar as demandas da secretaria e também escutar os profissionais. A composição dos profissionais é de escolha das próprias equipes das unidades, por meio de votação entre os membros, objetivando ter um representante de cada categoria profissional no colegiado gestor.

> *Temos o colegiado gestor e o apoio institucional. O colegiado gestor tem vários níveis aqui na secretaria: o colegiado do gabinete, que são as superintendências, as gerências e os secretários, com reunião mensal. [...]; tem um colegiado da vigilância, que se reúne com os gerentes das unidades uma vez por mês também; nós temos um apoiador institucional do Ministério da Saúde, que vem uma vez por mês, e, nesse momento, os gerentes das unidades também participam traçando objetivos. Já o apoio institucional é formado por profissionais daqui da secretaria que trabalham com o colegiado nas unidades. A unidade identifica alguns profissionais. Eles se elegem entre eles: profissionais, o gerente e a secretaria. Então, tudo que vai ser alterado, por exemplo, a agenda, nós fazemos uma proposta aqui, testamos aqui e, depois, levamos para as unidades. Cada apoiador, sempre uma dupla fixa, um da vigilância e um da assistência, leva a proposta, discute e traz sugestões. Tem sempre uma pauta nossa e uma pauta da unidade, entendeu?* (G2).

Não obstante essa fala, em observação de uma reunião do colegiado gestor, muitos profissionais não sabiam qual era o seu papel naquele espaço, visto que a reunião é sempre marcada pelos representantes da secretaria, assim como a pauta também é definida por eles. Durante essa reunião, a postura dos profissionais frente ao coordenador e aos representantes era de submissão: apenas estavam lá para ouvir as propostas.

> *Alguns profissionais entraram na sala ainda perdidos por não saberem onde seria a reunião.*

As falas manifestas pelos profissionais eram: 'eu vim porque é obrigatório', 'não sei o que faremos', 'o coordenador falou que era para todo mundo vir'. Os profissionais ainda tinham dúvida do seu papel no colegiado. Até o coordenador entrar na sala, foram improvisadas cadeiras (três profissionais sentaram na maca dos pacientes), aperta de um lado, aperta de outro, enfim, coube todo mundo no consultório. A conversa era de assuntos variados do dia a dia, nenhuma conversa prévia sobre o que significava o colegiado gestor. Junto com o coordenador da unidade, entraram duas representantes da secretaria. Nesse momento, prevaleceu um silêncio para que o coordenador desse início à reunião. (Diário de Campo, 2013).

A pauta do mês, para todas as reuniões de colegiado das unidades, era a discussão da agenda. Levaram uma proposta de modificação e uma discussão para a equipe, baseada em um artigo científico. Porém, poucos da equipe leram o texto, alegando falta de tempo. Essa questão dificultou a participação dos profissionais na discussão. Em determinado momento da reunião, houve confronto de algumas ideias e resistência para modificar a agenda dos profissionais. Assim, a reunião acabou sem nenhuma definição, apenas com o encaminhamento de continuar o assunto no próximo mês.

O que se observa é que o discurso feito pelos gestores sobre o colegiado gestor é diferente do que foi vivenciado na reunião.

Dentro do colegiado gestor, a gente trabalha com a conversa com o funcionário, ver qual a angústia dele, o que está acontecendo, para a gente tentar trabalhar a valorização. [...] Quando tem parceria, e você se mostra igual a eles, se você precisar de alguma coisa que não é da função deles, eles vão prontamente e não sabem dizer não, porque sabem que, toda vez que precisarem, eles vão ter sua ajuda. Então, isso é importante para a gente trabalhar a melhoria deles e nossa também. (G4).

Quando se fala da tomada de decisão no interior das equipes, o G4 também referencia o colegiado gestor como espaço para tal.

O colegiado gestor vem trazendo as demandas deles, as angústias deles. Isso é uma forma de valorização do pensar, uma forma de valorização da opinião deles [...] a gente tem que acatar esse pensamento deles e refletir: o que a gestão está fazendo pra melhorar? (G4).

Importa ressaltar que, apesar da gestão colegiada ter sido eleita como uma proposta de gestão inovadora, em resposta ao modelo gerencial hegemônico, "a instituição de colegiados de gestão não garante, por si só, a distribuição de poder e o estabelecimento de espaços de decisão" (CECILIO; MENDES, 2004, P. 49). Segundo Cecílio (2010), existe uma grande distância entre as formulações propostas e o que de fato acontece nos colegiados gestores. Assim, há dificuldade por parte dos trabalhadores em reconhecer esse espaço como um local efetivo de participação e decisão (CECILIO; MENDES, 2004).

Existe, ao mesmo tempo, na secretaria do município em estudo, tanto práticas de controle e subordinação quanto práticas de busca de uma gestão compartilhada, gerando, como consequência, uma incoerência interna, que acarreta práticas ineficazes na produção da saúde.

De acordo com Franco e Merhy (2013), os gestores acreditam que ditar normas, seguir protocolos e prescrever o trabalho dos profissionais é suficiente para garantir que o cuidado se realize. Entretanto, "isto apenas forma trabalhadores serializados, que vão repetir velhas práticas" (FRANCO; MERHY, 2013, P. 247). Nesse contexto, o trabalhador é, em geral, equiparado a um insumo para o funcionamento dos serviços de saúde, quando, na verdade, ele é o maior protagonista da produção do cuidado, é sujeito ativo, que opera com seus saberes, é desejante, tem projetos, expectativas e atua no mundo do trabalho e do cuidado com suas caixas de ferramentas adquiridas na formação e, sobretudo,

na experimentação do mundo do trabalho e da vida. Isso é que vai marcando sua atividade (FRANCO; MERHY, 2013).

O processo de trabalho dos gestores analisados na pesquisa é fortemente marcado pela divisão e compartimentalização. Essa divisão do trabalho reafirma as diferenças de poder, ou seja, os gestores que possuem cargos mais altos decidem e planejam para quem vai executar as ações. Com isso, há claro uso do controle e da disciplina, o que acarreta aprisionamento da vontade e da criatividade da maior parte dos trabalhadores, corroborando o fato dos trabalhadores serem considerados mais um recurso para a instituição (CAMPOS, 2007).

É interessante observar que os próprios gestores seguem uma determinada hierarquia, que dificulta o processo de trabalho. Eles também são controlados e vigiados, de forma que o trabalho segue uma linha de mando posta. A dificuldade em trabalhar de forma burocratizada é reconhecida pelos entrevistados.

Essa hierarquia existente no organograma da secretaria municipal de saúde apresenta-se como um obstáculo para os processos de tomada de decisão. Profissionais do Núcleo de Estratégia Saúde da Família e das USF são os que ficam 'reféns' das aprovações das instâncias superiores.

> *Passa da secretaria para a atenção primária, depois para o núcleo e depois unidade. Existe uma hierarquia a seguir [...] Nós não temos tomadas de decisão. Já tivemos esse espaço, mas, agora, não temos mais, está bem hierárquico. A gente pode até decidir alguma coisa, mas temos que passar para gerência da atenção primária e para superintendência, e, se a superintendência achar conveniente, passa para o secretário.* (G3).

De acordo com Littike (2012), a hierarquia conota a centralização do poder nas mãos dos que estão em posição mais elevada nessa escala e, além disso, pressupõe dependência do comando para a realização das atividades. Na pesquisa, a ausência de um espaço favorável para a tomada de decisão é indicada por um gestor.

> *Ainda não está do jeito que eu gostaria [...] precisa ter espaço. Por isso, a gente pensa que o gestor local precisa estar empoderado, precisa ter capacidade para compreender a Estratégia Saúde da Família.* (G1).

A cobrança e o controle excessivo da gestão, que denotam centralização de poder nas mãos de poucos, também são evidenciados na fala do G2 que reconhece que esse tipo de conduta desestimula os profissionais que estão na 'ponta' dos serviços.

> *[...] o que eu vejo hoje é uma desestimulação total por conta da nova gestão. Eles não estão dando prioridade para o servidor. É muita crítica, como se os problemas fossem eles [...] é uma das coisas que a gente vem tendo mais dificuldade, porque, bem ou mal, (antes) a unidade andava, a gente tinha aquele 'gás', e a gente tá vendo que as equipes estão desestimuladas, e não é só uma questão salarial mesmo, não, é questão de incentivar. É só cobrança. Cobra sem dar. As unidades, como eu te falei, os recursos humanos, estão muito ruins. Tem o programa Mais Médicos, então, está chovendo médicos. Mas não tem auxiliar de enfermagem, não tem ninguém na recepção, não tem quem digite as coisas, entendeu? Não é o Mais Médicos que faz diferença. O que vai fazer são mais auxiliares de enfermagem, mais nutricionistas, mais outras questões. Se eu tivesse dentro da unidade de saúde uma equipe mais completa, com assistente social nas unidades, psicólogo, nutricionista, as pessoas iam parar de querer só o médico. Eles querem só o médico, principalmente, porque eles conhecem só o médico, e eles só vão ao médico quando estão doentes.* (G2).

Considerações finais

As observações e as entrevistas deram subsídios suficientes para verificar que a gestão,

neste estudo, está centrada na lógica tradicional, evidenciada pelas ações burocráticas, centralizadoras e hierárquicas, pautando-se em lógicas tayloristas. Nesse cenário, as relações entre os próprios gestores, e destes com as equipes, retratam relações de poder centralizadas e formas de controle que superam a valorização da autonomia dos profissionais de saúde. Importante frisar que a concepção dos gestores sobre o processo de gestão é clássica, a qual, em sua maioria, acarreta a adoção de um modelo de gestão pautado no controle e na vigilância.

Observa-se que, quando as atividades voltadas para a tomada de decisão são centradas no papel do gestor formal, na instituição de saúde, tem-se um estilo de governar tradicional, ainda pautado na racionalidade gerencial hegemônica, caracterizado pelo controle e disciplina dos trabalhadores e de seus processos de trabalho (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Assim, destacamos que há, na maior parte das vezes, exclusão do trabalhador dos processos decisórios, sua alienação, bem como supervalorização das ações de supervisão e controle em detrimento das atividades de planejamento das práticas de saúde. Vale destacar que a consequência disso, nessa realidade, é um modo de fazer gestão pautado no 'apagar incêndio', onde as decisões são tomadas de maneiras emergenciais.

Ademais, as decisões oriundas da secretaria municipal são apresentadas às equipes a partir do colegiado gestor e do apoio institucional. O Núcleo de Estratégia Saúde da Família tem um claro papel de controle no dia a dia das unidades, vez que são responsáveis por levar o que é instituído pela secretaria. Assim, de acordo com Cecílio (1999), 'quem controla tem poder'.

Entendemos que as estruturas desenhadas na secretaria não valorizam a participação dos profissionais nos processos decisórios, e, por isso, os gestores assumem o seu papel como o centro da equipe, ou seja, a única figura com capacidade para definir os caminhos das equipes. Os profissionais ainda são vistos como um recurso necessário à instituição, sem ser considerados sujeitos com desejos, vontades e projetos próprios.

Sobre essa questão, entende-se que, no cotidiano da gestão, os processos decisórios dentro das instituições de saúde, assim como a capacidade de dar direcionalidade ao processo de trabalho em saúde, configuram-se como uma das instâncias de poder decorrentes desse processo (CECILIO, 1999; VANDERLEI; ALMEIRA, 2007). O papel do gestor é fundamental na conformação das práticas de saúde na administração dos espaços públicos e privados de cada profissional (MERHY, 1997), de forma que se pense sobre "o uso que se quer fazer do poder" (CECILIO, 1999, P. 328).

Além disso, evidenciamos, também, a ausência de autonomia para tomadas de decisão dentro do organograma burocrático da secretaria. As decisões são obrigadas a seguir uma hierarquia fortemente marcada pelas estruturas instituídas. Essa questão se torna um desafio importante no sentido de descentralizar a tomada de decisão, haja vista a necessidade de autonomia para a definição de ações prioritárias no âmbito das ações de saúde de cada população e das necessidades de cada profissional.

O que encontramos nesta pesquisa foi semelhante ao que Cecilio (1999) descreveu em suas pesquisas:

> [...] determinado modo de se pensar a gestão dos serviços de saúde, em particular do hospital, de recorte democrático, descentralizado, com ênfase na autonomia, direção colegiada em todos os níveis da organização é, paradoxalmente, visto como controlista por esses mesmos trabalhadores, para quem se supunha estar garantindo uma maior participação da gestão. (CAMPOS, 1992; CECILIO, 1994 *APUD* CECILIO, 1999, P. 316).

Uma suposição para esse fato contraditório é a de que as linhas de mando e poder, apesar de não existirem na estrutura do

colegiado gestor, continuam permeando as relações dos gestores. Além disso, percebe-se que as relações de poder que permeiam o cotidiano desses serviços de saúde são pautadas no controle. Os atos de controle ficaram evidentes em várias falas, como, por exemplo: o discurso rígido direcionado às equipes que não cumprem as metas; o controle no acesso às informações; a presença dos apoiadores nas reuniões, na unidade, com a função de levar até as equipes as 'ideias de dentro da secretaria'; e as linhas de mando verticais que se estabelecem.

Dessa forma, promover mudanças nas formas de gestão implica reorientar as distribuições de poder. Assim, as relações de poder e a polarização entre autonomia e controle se constituem sempre como um espaço de tensão e de potência, ao possibilitar reinventar as relações envolvidas no processo (MERHY, 1997; CECILIO, 1999).

Entretanto, encontramos perspectivas de mudanças nessa forma de conduzir a gestão do município, a partir dessas mesmas iniciativas: colegiado gestor e apoio institucional. Porém, é preciso que esses espaços sejam introjetados pelos profissionais, para que se tornem protagonistas nos processos de produção da gestão e da tomada de decisão.

Entende-se, ainda, que os diversos profissionais, cada um com seus saberes específicos e projetos pessoais, direcionam as ações de saúde cotidianas de acordo com seus interesses e os recortes interessados de dada realidade. ■

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cartilha da política nacional de humanização:* gestão participativa e co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BARROS, M. E. B.; BENEVIDES DE BARROS, R. Da dor ao prazer no trabalho. In: BARROS, M. E. B.; SANTOS, S. B. (Org.). *Trabalhador da saúde:* muito prazer – protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Porto Alegre: Unijuí, 2007. p. 61-72.

CAMPOS, G. W. S. Paidéia e a gestão: indicações metodológicas sobre o apoio. In: _____. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003. P. 85-102.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: método da roda. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CECILIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciênc. saúde colet.,* Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 315-329. 1999.

_____. Colegiados de gestão em serviços de saúde*:* um estudo empírico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566. 2010.

CECILIO, L. C. O, MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55. maio/ago. 2004.

FERREIRA, V. L. As múltiplas faces da gestão: a prática gerencial nos serviços de saúde de Piraí. 2012. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

FRANCO, T. B. MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: _____. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:* textos reunidos. São Paulo: Hucitec. 2013. p. 151-171.

LITTIKE, D. *Improvisando a gestão por meio da gestão do improviso*: o processo de trabalho dos gestores de um hospital universitário Federal. 182f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde:* olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. *Saúde:* a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Teixeira, S. M. F. *Saúde e democracia:* a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997. 324 p.

PIMENTA, A. L. *Saúde de amparo:* a construção de espaços coletivos de gestão. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006. Disponível em: < http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/outros-02.pdf>. Acesso em: 07 out. 2013.

SOLLA, J. *Dilemas e desafios da gestão municipal do SUS:* avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista (Bahia), 1997-2008. São Paulo: Hucitec, 2010.

VANDERLEI, M. I. G. *O Gerenciamento na Estratégia da Saúde da Família:* o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2005.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200021>. Acesso em: 27 jan. 2013.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em dezembro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A importância do planejamento como prática de gestão na microrregião de saúde de São Mateus (ES)

The relevance of planning as management practice in health micro region of São Mateus (ES)

Bela Feiman Sapiertein Silva[1], Kallen Dettmann Wandekoken[2], Maristela Dalbello-Araujo[3], Gladys Amelia Vélez Benito[4]

RESUMO Objetiva-se conhecer as representações sociais presentes nas narrativas das práticas dos gestores que atuam em São Mateus (ES), a respeito de como realizam o planejamento das ações e sobre a participação (ou não) dos trabalhadores e da população. A coleta indica duas ideias centrais: (1) planejamento – que é subdividida em: planejamento compartilhado; planejamento centralizado; e dificuldade de planejamento e (2) promover a participação popular. Conclui-se que os gestores, apesar de reconhecerem o valor de planejar as ações, praticam ações muito mais voltadas para a manutenção do sistema vigente do que para gerar mudanças com vistas à consolidação do SUS.

PALAVRAS-CHAVE Gestor de saúde; Planejamento em saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *It aims to know the social representations present in the narrative of the practices of managers who work in São Mateus (ES), Brazil, into how they perform the planning of actions and about the participation (or not) of workers and population. The collection indicates two central ideas: (1) planning, which is subdivided into: common planning, centralized planning, difficulty of planning, and (2) fostering popular participation. It is concluded that managers, although they recognize the value of planning actions, they practice actions much more focused on the maintenance of the current system than for to generate changes in order to the consolidation of the Unified Health System (SUS).*

KEYWORDS *Health manager; Health planning; Unified Health System.*

[1] Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil. Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo – Vitória (ES), Brasil.
belasilva@saude.es.gov.br

[2] Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Departamento de Ciências da Saúde – Vitória (ES), Brasil.
kallendw@gmail.com

[3] Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Departamento de Ciências da Saúde – Vitória (ES), Brasil.
dalbello.araujo@gmail.com

[4] Universidade Federal da Integração Latinoamericana (Unila) – Foz do Iguaçu (PR), Brasil.
gladysv@terra.com.br

Introdução

Ao considerar o planejamento um instrumento de gestão, apesar dos avanços alcançados, constata-se que a consolidação de uma cultura de uso do planejamento ainda é um grande desafio (BRASIL, 2009A). Para Noronha, Lima e Machado (2004, P. 65), há quatro grandes macrofunções gestoras:

> (1) formulação de políticas e planejamento; (2) financiamento; (3) coordenação, regulação, controle e avaliação de ações, bens e serviços e dos sistemas de saúde; e (4) prestação direta de ações e serviços de saúde.

Mattos (2010), embasado na Teoria da Estruturação, afirma não ser tão fácil garantir se houve ou não planejamento para o desenvolvimento de uma dada ação, visto que o planejamento pode ser apenas uma forma conveniente de apresentação da referida ação (racionalização da ação). O planejamento registrado não necessariamente encaminhará a ação, uma vez que pode se limitar a uma exigência formal, mas não representar exatamente a intencionalidade do agente.

Nesse contexto, o autor apresenta uma crítica ao planejamento considerado normativo, proveniente de uma atividade técnica que não leva em consideração os fatores que explicam e determinam a realidade nem os coletivos envolvidos. Afirma que são estes, a partir de sua própria interpretação da realidade, que podem e devem direcionar um planejamento e sua operacionalização, de forma a atender às suas necessidades (MATTOS, 2010).

É nesse sentido que entendemos que a participação efetiva da sociedade na produção de saúde extrapola o arcabouço normativo e contribui para o exercício da cidadania, na medida em que o cidadão se posiciona não apenas como um receptor de serviços de saúde, mas como cocondutor do processo de planejamento e das políticas de saúde. Dessa forma, a participação social deixa de ser apenas "uma extensão burocrática e executiva, e passa a ser [...] um processo contínuo de democratização e de produção de sujeitos com maior autonomia" (ASSIS, 2003, P. 332). Garantir maior autonomia implica ampliar a capacidade reflexiva sobre si mesmo e sobre o contexto (CAMPOS, 1997). No entanto, essa proposta apresenta-se contrária aos interesses da sociedade contemporânea, que tem provocado o desestímulo à reflexão.

Para Bauman (2008), a manutenção da sociedade contemporânea está atrelada à irracionalidade dos consumidores e a uma economia do engano. Neste sentido, entende-se que se, por um lado, os avanços tecnológicos favorecem o acesso à informação de forma contínua e instantânea, por outro, há um desestímulo ao processo reflexivo e crítico da realidade. Se, por um lado, defende-se o uso da razão para a tomada de decisão, por outro, estimulam-se as atitudes imediatistas, levadas pela emoção do desejo, e as promessas de felicidade embutidas nas mercadorias disponíveis.

A participação dos trabalhadores da saúde na gestão dos serviços é garantida na Lei n.º 8.142/90, porém, na prática, apresenta-se incipiente, uma vez que o trabalhador se sente sobrecarregado no trabalho por considerar sua atuação complexa e, ainda, por estar submetido a uma gestão centralizadora e pouco participativa (BRASIL, 2009B). Entende-se que, para compreender a pouca participação dos trabalhadores, é importante uma reflexão da realidade apresentada no âmbito político, a partir da Reforma do Aparelho do Estado, em 1997, e das características da sociedade contemporânea.

Esse contexto traz em seu bojo uma tendência de transformar as pessoas em produtos que se apresentam à disposição no mercado. Campos (2007) afirma que há um esforço sistemático da política, do mercado, da gestão e de muitas instituições para 'coisificar' as pessoas e reduzi-las a objetos de pouca importância, em um processo de desumanização da vida social. Um dos componentes da globalização desumanizada é o desrespeito ao trabalho e ao trabalhador.

O trabalhador passa a ser tratado como algo descartável (ROLLO, 2007).

Os vínculos humanos e as articulações coletivas são desvalorizados e enfraquecidos, valorizando-se a 'individualização' (BAUMAN, 2008). O imediatismo se sobrepõe aos pensamentos reflexivos e questionadores, e os interesses individuais superam os interesses coletivos.

Outro fator que contribui para essa desvalorização do trabalhador refere-se à Reforma Administrativa do Estado, que, sob o pretexto de alcançar seu objetivo de "permitir que a administração pública se torne mais eficiente e ofereça ao cidadão mais serviços, com maior qualidade" (BRASIL, 1997), direciona suas ações para os interesses privados. Em consequência, no final da década de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) passa a adotar uma política de flexibilização, a qual acarretou a efetiva precarização das relações de trabalho nos âmbitos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2009C). Simpatizantes da referida política apontam para o funcionalismo público "como os principais culpados pela ineficácia dos serviços públicos, o 'bode expiatório', e como tal não devem e não podem ser valorizados e bem cuidados" (ROLLO, 2007, P. 20).

Por outro lado, o processo de municipalização, que transfere a responsabilidade da contratação de pessoal para os municípios, tem limites inerentes à Lei de Responsabilidade Fiscal e à instabilidade administrativa e orçamentária. Além disso, tem poucas orientações sobre os procedimentos possíveis para atender concomitantemente às normativas legais e às especificidades exigidas pelos programas de saúde propostos pelo âmbito federal. Diante desse impasse, os municípios

> tornaram-se os principais responsáveis pela contratação de trabalhadores e pelo gerenciamento dos serviços, utilizando, inclusive, parcerias com Organizações Não Governamentais (ONGs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) ou contratos com cooperativas. (BRASIL, 2006, P. 12).

Estudos realizados pelo Ministério da Saúde (MS), em 2001/2002, apontam que cerca de 20 a 30% de todos os trabalhadores inseridos na Estratégia Saúde da Família apresentavam vínculos precários de trabalho (BRASIL, 2006). O trabalho precário envolve uma série de situações decorrentes da fragilidade dos vínculos de trabalho e acarreta

> um alto grau de desmotivação dos profissionais e consequentemente grande rotatividade desses trabalhadores nos serviços, prejudicando a continuidade das políticas e programas de atenção à saúde da população. (BRASIL, 2006).

A precarização do trabalho está relacionada com o não cumprimento das normas administrativas e dos direitos trabalhistas. Assim, as relações de trabalho se dão sem os direitos e benefícios constitucionais assegurados, isto é, sem a efetiva proteção social ao trabalhador. As normativas legais apresentam brechas que possibilitam distintas formas de contratação, o que dificulta a efetiva garantia de uma proteção social. O MS reconhece que a precarização do trabalho é um problema que afeta a consolidação do SUS e sinaliza como prioridade a formulação de políticas que contribuam para solucionar essa questão (BRASIL, 2009C).

Para tanto, o MS, por meio do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, criou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – DesprecarizaSUS (BRASIL, 2006), com o objetivo de implantar uma política de valorização do trabalhador. Diante de uma proposta de mudança, para alcançar os objetivos do SUS, o MS ressalta a Política Nacional de Humanização (PNH), visando à valorizar e garantir a participação de todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde no processo de gestão, à ampliação da autonomia, ao protagonismo, à corresponsabilidade e ao estabelecimento de vínculos solidários (BRASIL, 2009B).

A PNH apresenta a gestão participativa como uma ferramenta de importância para a construção de mudanças nos modos de gerir

e nas práticas de saúde, de forma a contribuir para que o atendimento seja mais eficaz/efetivo e motivador para o trabalhador. "A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde" (BRASIL, 2009B, P. 10).

Assim, a cogestão implica a inclusão de vários sujeitos nos processos de gestão, que

> seria exercida [...] por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que 'todos são gestores de seus processos de trabalho. (BRASIL, 2009B, P. 24).

Logo, diante dessas considerações, neste artigo, propusemo-nos a conhecer as representações sociais presentes nas narrativas das práticas dos gestores municipais de saúde, que atuam em alguns municípios da região Norte do estado do Espírito Santo, a respeito de como realizam o planejamento das ações, inquirindo, também, se há participação dos trabalhadores e da população nesse processo.

Método

Realizou-se um estudo exploratório, pautado em uma abordagem qualitativa, no qual foram entrevistados 16 secretários de saúde que atuam ou atuaram em nove municípios que compõem a microrregião São Mateus (ES).

A coleta de dados, realizada nos meses de outubro a dezembro de 2011, deu-se a partir de um roteiro semiestruturado, focado em uma questão principal: relate sobre sua rotina e as ações que desenvolve em seu dia a dia como secretário da saúde.

Diante dos objetivos propostos, este estudo se baseou na Teoria das Representações Sociais, a qual se refere a um conjunto de opiniões, crenças, valores, atitudes, imagens e normas partilhadas por um grupo de indivíduos num determinado momento histórico, sobre um determinado fenômeno, produzidas a partir do seu cotidiano e que direcionam as suas formas de pensar e agir (SANTIAGO, 2010). Para análise do material, nessa perspectiva, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), criado por Lefèvre e Lefèvre (2004), que propõe a construção de discursos-síntese, redigidos na primeira pessoa do singular, compostos por Expressões-Chave (ECH), encontrados nos depoimentos e organizados por Ideias Centrais (IC) e/ou ancoragens. Assim, o DSC busca a reconstituição discursiva de parte da(s) representação(ções) social(is) de uma coletividade, como se esta fosse a emissora de um discurso.

Para auxiliar no processamento dos depoimentos e na construção dos DSCs, foi utilizado o programa *Qualiquantisoft*, versão 1.3c, desenvolvido na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) por Lefèvre e Lefèvre, em parceria com Sales & Paschoal Informática (QUALIQUANTISOFT, 2010). O software citado foi utilizado para dar suporte ao método em uso, a partir da licença de uso acadêmico, e contribuiu para a organização e compilação dos dados, bem como para o cálculo quantitativo dos resultados.

Foram atendidas as prerrogativas da Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa Científica em Seres Humanos (BRASIL, 1996), sendo aprovado, sob o número de registro 233/10, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo.

Resultados

Os resultados quantitativos sobre a percepção dos gestores com relação às ações que desenvolvem apontaram 11 ideias centrais, de forma que, para algumas, foi construído mais de um discurso, por entender que apresentavam representações distintas. Assim, foram consideradas: a ideia central 'planejamento' – que se subdivide em 1.1 planejamento compartilhado; 1.2 planejamento centralizado; e

1.3 dificuldade de planejar – e a ideia central 'fomento da participação popular'. Seguem abaixo os discursos:

1. Planejamento

1.1 PLANEJAMENTO COMPARTILHADO

Como gestor, você tem que planejar, então, pra mim, o planejamento é o carro-chefe, é o mestre, é o objeto. Eu tenho que planejar pra executar. A gente faz o planejamento todo ano, convoca, praticamente fecha a secretaria, tirando os serviços essenciais, faz uma reunião bem sortida de profissionais pra gente ser o mais próximo da realidade das regiões. Essa é a forma da gente fazer esse planejamento. Tira, em média, 1 dia pra fazer esse planejamento, onde que fica definida a ação, a equipe responsável, com nome, CPF, com prazo de execução e o produto esperado. Então, faz aquele plano de ação de tudo, bem complexo. Os dois planos: é o de um ano e o de 3, 4 anos. Então, fazer isso daí, faz no início, até uma dedicação a mais. É feito por mim, pela coordenação do PSF e os enfermeiros da ESF. Então, na verdade, nós temos um projeto que foi montado junto com a equipe no início do mandato. Eu sentei com os gerentes, depois nós traçamos o projeto. Também temos durante a semana reunião com todos os coordenadores, onde se avaliam as metas da semana anterior que foram cumpridas e definem-se as metas que eles vão trabalhar, que nós vamos trabalhar nessa semana. Também, a gente pensa muito no planejamento, quando nós temos que ir pra CIB[1] *pactuar, aí nós precisamos pensar com quem nós vamos pactuar o serviço que nós não estamos conseguindo atender. E tem outra situação que eu falava assim: – olha, tem um projeto. Vai sair vinte mil para alguma coisa, então escreve.*

1.2 PLANEJAMENTO CENTRALIZADO

Eu tenho que, como secretário, não só gerenciar, mas essa parte de planejamento, de captação de recurso, de fazer plano de trabalho de convênio. Eu que acabo tendo que fazer, junto com um coordenador que fica na parte de administração de saúde. Então, eu consegui colocar uma pessoa que fica responsável pra elaborar plano de gestão, está elaborando as audiências junto com essas informações que as outras vigilâncias passam. Vigilância, agendamento, aí passa as informações pra ela, ela senta, elabora, depois a gente pega e vê se está de acordo. Pra fazer o projeto da secretaria, eu, pessoalmente, fiz um diagnóstico do município. Também, eu precisava ir pros assentamentos – não tem como você fazer propostas de intervenção dentro de um município se você não tem diagnóstico de área definido, então, você precisa conhecer, e o que os olhos veem, não tem jeito. Por mais que as pessoas queiram construir isso pra você, sem você visualizar, sem você ter o contato com o povo, não tem como você realmente construir uma proposta de intervenção. Também acho importante você pegar e ir nas unidades e presenciar o que, frente a frente, aquela unidade está necessitando. Outro é o hospital, a AMA[2]*, o centro médico, já vejo como está, vejo a demanda que tem.*

1.3 DIFICULDADE DE PLANEJAR

A minha atividade mais importante é justamente planejar, e eu tento dar essa prioridade pro meu trabalho, só que eu não consigo. É aquela história, a gente acaba tendo que apagar muito incêndio. Muitas vezes a gente planeja as coisas e não consegue executar, por causa da correria. Eu acho que o que o secretário de saúde tem que fazer é planejar a promoção e a prevenção, isso é o mais importante, mas a gente acaba lidando muito com a doença, a gente acaba dando prioridade pra assistência, e eu não acho que essa deveria ser minha prioridade. A verdade é essa: por mais que a gente queira e tente trabalhar com planejamento, tem muita coisa do dia a dia que não está devidamente organizado e que acaba trazendo transtorno de tirar gente

[1] Comissão Intergestores Bipartite
[2] Assistência Médica Ambulatorial

da agenda. Então, assim, um ponto falho meu é esse, de me empenhar muito realmente nos resultados da execução e não pensar tanto no planejamento. Porque você trabalha muito como bombeiro, né? Você apaga muito incêndio, então, assim, as demandas vão surgindo e você vai se envolvendo nelas, e, no momento de planejar, de acompanhar, de estar monitorando as ações como um todo do município, isso daí fica, talvez, até meio deficiente, por essa falta mesmo de tempo, então, a gente acaba fazendo um pouco de cada coisa, e pra chegar no final do ano e estar lá com as nossas metas alcançadas. Sabe, eu acho que fazer o planejamento, talvez, não é tão difícil. O mais difícil da gente é acompanhar.

2. Fomento da participação popular

A gente faz as audiências públicas itinerantes rigorosamente, criteriosamente. Nós convidávamos as escolas, convidamos as lideranças, a população, pra elas irem debater e estarem participando e saber onde estão sendo investidos os recursos da saúde. A gente faz as reuniões com todas as comunidades pra saber o que eles pensam sobre a saúde, de prestar contas, de tentar fazer com que eles, até através de caixinha de sugestões em todas as unidades, em todos os setores, pra que as pessoas possam opinar, e nós abrimos todo final de mês para ver o que as pessoas estão dizendo do nosso serviço, ou de alguns setores. E, nas reuniões, eu levo o que foi dito daquela comunidade, daquela unidade. Olha, foi dito isso e isso, nós vamos poder, em cima disto, melhorar isso, ou isso não vai ser possível fazer. Sabe, pra mim, levar ao cidadão nas reuniões que a gente faz nas comunidades e de que eles têm mais direito que podiam imaginar, mas também tem um compromisso muito maior com a qualidade de vida deles do que eles estão exercendo. Isso aí também é fundamental. Bom, pra mim não existe o secretário sem o Conselho. Tem que ter o Conselho de Saúde parceiro e também para nortear, pra regular de alguma forma, e até a participação popular mesmo. Então, nós conseguimos fazer esse espaço pro Conselho, então a gente sempre deixa as informações da saúde nesse lugar, nesse espaço, com essa porta de acesso, tanto pros conselheiros, mas também pros usuários que fazem parte, que as pessoas podem chegar lá e ter acesso às nossas contas, ter acesso às nossas ações, aos programas desenvolvidos. Nós começamos a fazer reuniões do Conselho itinerante, e tudo que nós levantamos como demanda que a população coloca, nós procuramos atender. Então, hoje, se a gente fizer uma avaliação, uma pesquisa, acredito que a gente tem uma avaliação melhor. Por outro lado, eu acho que o Conselho de Saúde tem um poder muito grande, mas eu não sei se por medo, por amizade, por falta de conhecimento ou por falta de capacitação dos conselheiros, mas, na realidade, eles não têm conhecimento do seu papel. Não funciona. As contas são aprovadas sem procurar saber; os projetos, às vezes, são aprovados e não há um questionamento. Na prática, eu vou te explicar o que é um Conselho de Saúde numa cidade do interior, porque não é só aqui que é assim: são pessoas, geralmente, sem muita instrução, que não têm muito conhecimento. Quando a gente vai ter eleição pro Conselho de Saúde, escolha dos conselheiros, a gente manda a cartinha solicitando os representantes pra várias instituições. Ninguém quer participar. Então, a gente conversa muito com essas pessoas, mas muita coisa não está ao alcance delas, por exemplo, um relatório de gestão. Eu fico com dó de apresentar o relatório de gestão pra eles, porque a gente tem que esmiuçar. Dá um trabalho tão grande! E eu sei que, no fundo, no fundo, muita coisa eles não entendem porque eles não têm preparação pra isso. Precisa capacitação constante de Conselho. Só que, quando a gente consegue que o Conselho esteja mais ou menos capacitado, já está na hora de mudar, aí já vêm outros membros, entendeu? Conselho no Brasil, sinceramente, é só pra ter nome. Eu vejo assim. Os grandes Conselhos, Conselhos Estaduais, o Conselho Nacional, eles sim têm cabeças pensantes, que vão fazer a diferença. Pelo menos, é o que a gente espera.

Discussão

O discurso sobre o planejamento, como uma das ações realizadas pelos secretários municipais de saúde, representou 8,93% das 112 respostas. Porém, chama a atenção o fato de que 70% dos gestores que expressaram essa ideia central pertencem ao grupo dos gestores atuais. Ainda, vale ressaltar que os dois únicos gestores atuais que não participaram da construção desse discurso são gestores que estão no cargo há menos de um ano. A associação desses dois dados quantitativos nos leva a pensar que os gestores têm percebido, gradativamente, a complexidade da gestão da saúde e a necessidade de uma atuação técnica, principalmente a partir da transferência de responsabilidade cada vez maior para a gestão no âmbito municipal.

Conforme explicitado anteriormente, foram elaborados três DSCs para a IC. O 1º aponta para uma prática de planejar compartilhada; o 2º expressa um planejamento mais centralizado; e o 3º, e mais expressivo, aponta a dificuldade encontrada pelo gestor para planejar.

Do item 1.1, em 'planejamento compartilhado', destaca-se o seguinte trecho: "*Como gestor, você tem que planejar, então, pra mim, o planejamento é o carro-chefe, é o mestre, é o objeto. Eu tenho que planejar pra executar [...]*".

O discurso identifica o planejamento como uma das ações mais importantes da gestão. Concomitantemente, no entendimento do gestor, essa ação não é garantida devido a diversos fatores, entre eles, a correria do cotidiano; a falta de organização e o excesso de empenho nos resultados da execução e nas demandas que surgem, definidas no discurso como 'incêndios', como podemos observar no trecho do item 1.3:

> *É aquela história, a gente acaba tendo que apagar muito incêndio. Muitas vezes, a gente planeja as coisas e não consegue executar, por causa da correria [...] Porque você trabalha muito como bombeiro, né? Você apaga muito incêndio, então, assim, as demandas vão surgindo e você vai se envolvendo nelas, e, no momento de planejar, de acompanhar, de estar monitorando as ações como um todo do município, isso daí fica, talvez, até meio deficiente, por essa falta mesmo de tempo.*

Assim, a postura de 'bombeiros' é enfatizada frente às demandas que emergem e tornam o cotidiano dinâmico, requerendo do gestor agilidade nas respostas e condutas. Nesse contexto, entende-se que essa posição está relacionada às exigências da sociedade contemporânea, uma vez que são valorizadas respostas rápidas em detrimento daquelas que demandam tempo, como é o caso do planejamento.

Além disso, outra questão levantada é que as ações planejadas nem sempre são concretizadas, como pode-se ver no trecho do item 1.3: "*Sabe, eu acho que fazer o planejamento, talvez, não é tão difícil. O mais difícil da gente é acompanhar*".

Entende-se que essa realidade, além de estar associada aos fatores conjunturais acima descritos, está relacionada com a forma com que os gestores compreendem o processo de planejamento. Observa-se que a representação do planejamento está fortemente atrelada a exigências do âmbito federal, no que se refere à elaboração e ao preenchimento de planos e planilhas.

Atualmente, o desempenho da função do gestor exige o desenvolvimento de um leque de atividades, entre elas, a elaboração e a apresentação de instrumentos de planejamento às demais instâncias governamentais. Neste sentido, os gestores fazem referência, mesmo sem especificação nominal, ao Plano Plurianual (PPA), Plano Anual de Saúde (PAS) e Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI), como observa-se nos trechos dos itens 1.1:

> *A gente faz o planejamento todo ano, convoca, praticamente fecha a secretaria, tirando os serviços essenciais, faz uma reunião bem sortida*

de profissionais pra gente ser o mais próximo da realidade das regiões [...] Então, faz aquele plano de ação de tudo, bem complexo. Os dois planos: é o de um ano e o de 3, 4 anos. Então, fazer isso daí, faz no início, até uma dedicação a mais. É feito por mim, pela coordenação do PSF e os enfermeiros da ESF [...] Também, a gente pensa muito no planejamento, quando nós temos que ir pra CIB pactuar, aí nós precisamos pensar com quem nós vamos pactuar o serviço que nós não estamos conseguindo atender.

No discurso, não expressam a 'utilização viva' dos referidos instrumentos de gestão, isto é, fazem referência sobre a sua elaboração, porém, não os apresentam como instrumentos norteadores da ação. A PPI é apresentada como uma oportunidade de se falar sobre planejamento em espaços de negociação microrregionais, porém, percebe-se que os três instrumentos são tidos como uma obrigatoriedade a ser cumprida, e não como um instrumento de apoio à gestão, fato que pode estar atrelado à dificuldade dos mesmos em identificá-los pelos nomes.

Os discursos apresentam a realização de projetos específicos, objetivando a obtenção de recursos federais. Essa iniciativa reflete a representação do gestor com relação à elaboração de projetos como oportunidades para obtenção de recursos, e não, necessariamente, enquanto oportunidade de direcionar projetos para atender às necessidades locais, como destacado do item 1.1: *"E tem outra situação que eu falava assim: – olha, tem um projeto! Vai sair vinte mil para alguma coisa, então escreve"*.

Essa prática pode possibilitar a oferta de novos serviços aos usuários, vindo ao encontro de algum desejo ainda não atendido ou para estimular novos desejos, ou pode se tornar apenas mais um projeto sem utilização prática.

Outro aspecto apresentado refere-se à estratégia utilizada pelos gestores para a elaboração do planejamento. Verifica-se que grande parte dos sujeitos que compuseram o discurso sobre planejamento expressou a participação da equipe na elaboração do planejamento, construindo, assim, o DSC 'planejamento compartilhado', e, ainda, que a maioria deles também compôs o DSC 'planejamento centralizado', no qual identifica-se que o gestor assume para si a responsabilidade de realizar o planejamento, mesmo que, em alguns casos, haja o envolvimento de um colaborador, como se observa nos trechos dos itens 1.1 e 1.2, respectivamente: *"Então, na verdade, nós temos um projeto que foi montado junto com a equipe no início do mandato. Eu sentei com os gerentes, depois nós traçamos o projeto"*.

Eu tenho que, como secretário, não só gerenciar, mas essa parte de planejamento, de captação de recurso, de fazer plano de trabalho de convênio. Eu que acabo tendo que fazer junto com um coordenador, que fica na parte de administração de saúde.

Como pode-se observar, parte dos entrevistados participa de ambos os discursos, não deixando clara a percepção dos mesmos com relação à forma de encaminhar o planejamento ou evidenciando que não possuem um único entendimento. Ou, ainda, que expressam um compartilhamento dessa ação, porém, na prática, acabam por assumir individualmente.

Observa-se que o discurso sobre 'planejamento compartilhado' expressa a participação da equipe em momentos pontuais de construção dos planos; a tentativa, ainda que incipiente, de monitoramento; discreta referência à troca de saberes entre os profissionais e ausência de participação social no processo. Já o discurso sobre 'planejamento centralizado' busca romper com a perspectiva centralizada ao apresentar a participação de um colaborador para elaborar o planejamento.

Outro ponto que chama a atenção refere-se ao destaque dado à elaboração de um diagnóstico da situação, que é fortemente valorizado

como uma ação que deve ser realizada *in loco* e pessoalmente pelo gestor, a fim de garantir efetividade da gestão, porém, é pouco expressa a associação desse diagnóstico com as ações planejadas ou realizadas, como observa-se no trecho extraído do item 1.2 :

> *Pra fazer o projeto da secretaria, eu, pessoalmente, fiz um diagnóstico do município. Também, eu precisava ir pros assentamentos. – não tem como você fazer propostas de intervenção dentro de um município se você não tem diagnóstico de área definido, então você precisa conhecer, e o que os olhos veem, não tem jeito. Por mais que as pessoas queiram construir isso pra você, sem você visualizar, sem você ter o contato com o povo, não tem como você realmente construir uma proposta de intervenção. Também acho importante você pegar e ir nas unidades e presenciar o que, frente a frente, aquela unidade está necessitando.*

Essa prática exala uma representação de que o olhar do responsável é a garantia do bom funcionamento do serviço. Assim, valoriza-se o papel do gestor e reafirma-se a superioridade técnica do mesmo em relação aos outros profissionais. O discurso ainda expressa a representação de que as visitas às diversas unidades e o contato com os profissionais e usuários são práticas de uma gestão comprometida e presente.

Além disso, o discurso sugere o entendimento de que o planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde deveria ser priorizado, como destacado no trecho do item 1.3:

> *Eu acho que o que o secretário de saúde tem que fazer é planejar a promoção e a prevenção, isso é o mais importante, mas a gente acaba lidando muito com a doença, a gente acaba dando prioridade pra assistência, e eu não acho que essa deveria ser minha prioridade.*

Mais uma vez, o discurso aponta, assim como outros DSCs já apresentados, para a representação do gestor de uma dicotomia entre as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde e as ações de assistência. Nesse sentido, parece que os 'incêndios' que surgem (e inviabilizam o planejamento de ações de prevenção e promoção) referem-se às ações assistenciais, o que reforça a hegemonia, na prática, do modelo médico assistencial.

Já a IC 'fomento da participação popular' representa 5,36% do total de 112 respostas encontradas na pesquisa, e ocupa o último lugar entre as representações sinalizadas pelos gestores.

O discurso aponta para a participação da população em dois espaços diferentes de produção da saúde:

> *A gente faz as reuniões com todas as comunidades pra saber o que eles pensam sobre a saúde, de prestar contas, de tentar fazer com que eles, até através de caixinha de sugestões em todas as unidades, em todos os setores, pra que as pessoas possam opinar, e nós abrimos todo final de mês para ver o que as pessoas estão dizendo do nosso serviço, ou de alguns setores. E, nas reuniões, eu levo o que foi dito daquela comunidade, daquela unidade [...] Tem que ter o Conselho de Saúde parceiro e também para nortear, pra regular de alguma forma, e até a participação popular mesmo.*

O primeiro refere-se aos espaços não formais, como, por exemplo, as próprias unidades de saúde, através da caixa de sugestões nas reuniões com comunidades. Já o segundo refere-se aos espaços formalmente constituídos, como os conselhos municipais de saúde.

Ambos os espaços são valorizados como possibilidades para aproximar a população do gestor, com o objetivo de prestar contas, conhecer a opinião da população acerca dos serviços e identificar suas expectativas com relação aos mesmos.

De forma geral, afirma que o gestor procura atender às necessidades apontadas ou, pelo menos, esclarecer sobre a

impossibilidade de atender. A preocupação em dar respostas à população é assinalada no discurso a partir de dois entendimentos: o primeiro refere-se à importância atribuída à construção de uma relação horizontalizada envolvendo o usuário, o trabalhador e o gestor; e o segundo, uma estratégia de obter uma boa avaliação de desempenho.

A primeira resgata o propósito da participação social prevista no SUS, e a segunda aponta para fatores que extrapolam o sistema de saúde e podem estar relacionados com interesses políticos ou interesses de mercado. Outro ponto que o discurso levanta é a importância desses espaços para orientar os usuários sobre os seus direitos e deveres para a própria saúde. Emerge uma representação de que, apesar de a saúde ser um direito do cidadão e um dever do Estado, o cidadão deve assumir a própria saúde como um dever. Nesse sentido, este passa a ser responsabilizado tanto pelo seu adoecimento quanto pelo seu cuidado, reproduzindo o interesse do Estado de transferência de responsabilidade aos indivíduos.

No tocante ao Conselho Municipal de Saúde, espaço formal de participação social, garantido a partir da Lei n.º 8.142/90, ainda que afirmado no discurso como um espaço importante no encaminhamento dos serviços de saúde, é apresentado sob dois enfoques: por um lado, o discurso aponta para iniciativas do gestor de fortalecer esse espaço e fomentar a participação social. Por outro, o discurso apresenta uma descrença com relação a essa participação, como destacado nos trechos abaixo:

> *Então, nós conseguimos fazer esse espaço pro Conselho, então a gente sempre deixa as informações da saúde nesse lugar, nesse espaço, com essa porta de acesso, tanto pros conselheiros, mas também pros usuários que fazem parte, que as pessoas podem chegar lá e ter acesso às nossas contas, ter acesso às nossas ações, aos programas desenvolvidos [...] Por outro lado, eu acho que o Conselho de Saúde tem um poder muito grande, mas eu não sei se por medo, por amizade, por falta de conhecimento ou por falta de capacitação dos conselheiros, mas, na realidade, eles não têm conhecimento do seu papel. Não funciona. As contas são aprovadas sem procurar saber; os projetos, às vezes, são aprovados e não há um questionamento.*

Esses dois pontos, ainda que pareçam contraditórios, são apresentados em um único discurso, pois os próprios gestores os apresentam conjuntamente. Entende-se que alguns fatores contribuem para isso: primeiramente, pelo fato de o discurso institucional do SUS apresentar a participação social com destaque, o que acaba repercutindo no próprio discurso do gestor. Em segundo lugar, o gestor, ainda que esteja descrente com relação ao papel do conselho, pode estar buscando estratégias para mudar esse quadro. A nosso ver, os dois pontos acima podem estar presentes conjuntamente.

Outro aspecto que consideramos importante refere-se aos propósitos atribuídos aos conselhos. Ainda que este seja apresentado como norteador e regulador do sistema, o que prevalece no discurso é uma perspectiva voltada para uma participação mais pontual, isto é, momentos específicos para que a população possa se aproximar do gestor e apresentar sua opinião e/ou suas expectativas:

> *Nós começamos a fazer reuniões do Conselho itinerante, e tudo que nós levantamos como demanda que a população coloca, nós procuramos atender. Então, hoje, se a gente fizer uma avaliação, uma pesquisa, acredito que a gente tem uma avaliação melhor.*

A participação efetiva dos conselhos municipais no planejamento, no encaminhamento e no monitoramento das políticas públicas não é referida. O discurso afirma que, na percepção do gestor, os conselhos municipais não desempenham seu papel. Várias são as justificativas apontadas, e entre elas está o desinteresse da maioria da população:

Quando a gente vai ter eleição pro Conselho de Saúde, escolha dos conselheiros, a gente manda a cartinha solicitando os representantes pra várias instituições. Ninguém quer participar.

Essa realidade reflete a própria história do País, caracterizada pelo regime de exceção. Esse traço sociopolítico é fortalecido pelos interesses da sociedade contemporânea, que não estimula os movimentos de organização social e incentiva as iniciativas individuais, com vistas a atender aos desejos pessoais, o que reforça os 'silêncios populares' apontados no discurso.

Outra justificativa apontada refere-se à falta de conhecimento e de formação dos conselheiros:

[...] eu acho que o Conselho de Saúde tem um poder muito grande, mas eu não sei se por medo, por amizade, por falta de conhecimento ou por falta de capacitação dos conselheiros, mas, na realidade, eles não têm conhecimento do seu papel. Não funciona. As contas são aprovadas sem procurar saber; os projetos, às vezes, são aprovados e não há um questionamento [...] E eu sei que, no fundo, no fundo, muita coisa eles não entendem porque eles não têm preparação pra isso. Precisa capacitação constante de Conselho. Só que, quando a gente consegue que o Conselho esteja mais ou menos capacitado, já está na hora de mudar, aí já vêm outros membros, entendeu?

Esse ponto levanta duas questões que consideramos importantes: 1) Reflete a representação que o gestor tem do usuário do SUS, associando-o a uma população de pouca instrução, incapaz de compreender os problemas do setor. Dessa forma, fortalece-se a imagem de um sistema de saúde para pobres, distanciado de segmentos populacionais com melhores condições socioeconômicas. Além disso, aponta para um conselho de saúde frágil.

2) Sugere o entendimento do gestor sobre o conhecimento. Revela a representação de que o conhecimento está atrelado ao grau de instrução do indivíduo. Consequentemente, o senso comum não é reconhecido como uma das formas de conhecimento. Assim, uma pessoa que não detém o conhecimento técnico, não tem condições de contribuir para a construção e o encaminhamento das políticas públicas.

Para que os conselheiros possam adquirir os conhecimentos técnicos, o gestor sugere capacitações e encara essa ação como uma forma de transmissão de conhecimento, resgatando a concepção 'bancária' da educação, apresentada por Freire (1983).

Os conselhos não são percebidos como potência para contribuir no planejamento das ações. Assim, entende-se que a forma com que o gestor percebe a participação social está distante da proposta de uma gestão compartilha, com vistas à consolidação da democracia.

O Ministério da Saúde afirma que os usuários têm pouca participação nesse processo, porém, aponta para uma ampliação gradativa dessa participação (BRASIL, 2009B). No entanto, pelo discurso apresentado, o gestor não percebe esse avanço com relação à atuação dos conselhos municipais e afirma que eles só existem formalmente, porém, não funcionam. Já, ao se referir aos conselhos estaduais e federal, afirma que esses têm maior representatividade.

O discurso sugere a representação de que os municípios, com ênfase nos municípios do interior, têm uma população menos instruída, incapaz de ter posicionamentos interessantes, como observa-se no trecho do item 2:

Na prática, eu vou te explicar o que é um Conselho de Saúde numa cidade do interior, porque não é só aqui que é assim: são pessoas, geralmente, sem muita instrução, que não têm muito conhecimento.

Esse entendimento levanta alguns questionamentos: se as pessoas do interior são menos qualificadas do que as pessoas das outras esferas federadas para dar

contribuições e sugestões aos encaminhamentos das políticas de saúde, esse mesmo entendimento não estaria também presente com relação aos gestores municipais e aos de outra esfera? Como construir uma relação interfederativa mais horizontalizada se o próprio gestor, que é do interior, percebe o interior como um local dotado de menor capacidade?

Entende-se que, para investir esforços em uma ideia, deve-se acreditar nela. Assim, para investir nos conselhos, seria necessário acreditar que eles podem funcionar. Neste sentido, se, por um lado, a população ainda não assumiu o seu papel, conforme o discurso afirma, o gestor também não concretizou arranjos e dispositivos que possam contribuir para ampliar a capacidade reflexiva dos atores envolvidos na produção de saúde e, consequentemente, para a efetivação de uma gestão compartilhada, prevista na Política Nacional de Humanização.

A maneira com que a participação social é apresentada reforça os princípios da lógica do mercado, que não tem interesse em investir em ações que contribuam para práticas reflexivas que possam dificultar ou inviabilizar a sua manutenção. A partir dessa (ir)racionalidade, segundo Bauman (2008), a sociedade produz mecanismos para absorver discordâncias que ela mesma produz, e, assim, busca garantir a sua própria manutenção.

Entende-se que as estratégias utilizadas pelo gestor para fomentar a participação social tanto podem ser mecanismos para absorver discordâncias e garantir a sua manutenção quanto podem ser espaços singulares para fomentar o empoderamento da população e produzir mudanças sociais.

Considerações finais

Considerando a proposta de conhecer as representações sociais dos gestores a respeito de como realizam o planejamento, além de entender se há ou não participação dos trabalhadores e da população nesse processo, a partir da maioria dos discursos, constatou-se que, ainda que os gestores entendam a importância do planejamento enquanto ação prioritária para organizar os serviços, há inviabilidade dessa prática em decorrência de episódios tidos como 'incêndios', os quais demandam respostas ágeis, voltadas para a assistência, de forma que as práticas muitas vezes são encaminhadas pelos gestores sem uma reflexão sobre as mesmas. Contraditoriamente, outro discurso vislumbra o fato de que os gestores ocupam tempo considerável com atividades não prioritárias.

Além disso, constatou-se que as ações planejadas nem sempre são realizadas, o que, em muitos casos, relaciona-se com a forma como os gestores entendem o planejamento. Entre as estratégias utilizadas para sua elaboração, nota-se que, na maioria dos discursos, prevalecem ideias destoantes – como o 'planejamento compartilhado', em associação com o 'planejamento centralizado'. E, ainda, os gestores sugerem a priorização das ações de prevenção e de promoção de saúde.

Considera-se que um planejamento com vistas ao encaminhamento de ações pautadas no princípio da integralidade prevê as ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação, de forma indissociável, além de garantir, efetivamente, a participação de todos os atores envolvidos. Ainda, entende-se que o planejamento deve ser um 'instrumento vivo' que realmente acompanhe o dia a dia da produção de saúde, a fim de que as exigências impostas pela sociedade contemporânea, identificadas no discurso como 'incêndios', não se sobreponham às ações e aos compromissos assumidos coletivamente.

Já no tocante ao 'fomento da participação popular', os discursos indicam a participação da população em espaços não formais e formais, como o conselho municipal. Com relação a este último, os discursos apontam ideias opostas, de forma que uma busca

valorizar a participação social, e a outra desacredita nessa possibilidade.

Além disso, não se referem à participação do conselho em atividades como planejamento e monitoramento das políticas; e, ainda, acreditam que o conselho municipal não desempenha sua função, uma vez que há desinteresse de grande parte dos envolvidos ou há conhecimento e formação precários dos conselheiros para o desenvolvimento de tal atividade. Assim, para os gestores, os conselhos não possuem potência para colaborar no planejamento das ações, o que reforça a lógica do mercado.

Neste sentido, vislumbra-se uma possibilidade de empoderamento da população, como um conjunto de sujeitos ativos, com vistas a gerar mudanças no encaminhamento da saúde regional. Porém, as iniciativas apontadas, a nosso ver, apresentam-se muito mais voltadas para a manutenção do sistema vigente do que para gerar mudanças no processo de gestão com vistas à consolidação do SUS. ■

Referências

ASSIS, M. M. A. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 324-335, set./dez. 2003.

BAUMAN, Z. *Vida para o consumo*: a transformação das pessoas em mercadorias. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *A Reforma do aparelho do estado e as mudanças constitucionais:* síntese e respostas a dúvidas mais comuns. Brasília, DF: MARE, 1997. 23 p.

_____. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS):* uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília, DF, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196/1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. n. 4, supl. 2, p. 5-25, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Gestão participativa e cogestão*. Brasília, DF, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS:* DesprecarizaSUS – perguntas e respostas. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde:* agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. 3ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009c.

CAMPOS, G. W. S. *A reforma da reforma*: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G. W. S. Apresentação. In: BARROS, M. E. B.; FILHOS SANTOS, S. B. (Org.). *Trabalhador de saúde*: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ed. Unijuí, 2007.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 12 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

LEFRÈVE, F.; LEFRÈVE, A. M. C. *Promoção de saúde*: A negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

MATTOS, R. A. (Re)visitando alguns elementos do enfoque situacional: um exame crítico de algumas das contribuições de Carlos Matus. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2327-2336, ago. 2010.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde no Brasil:* Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. Brasília, DF: 2004, p. 41-94.

QUALIQUANTISOFT. Disponível em: <http://www.spi-net.com.br/registro.asp>. Acesso em: 20 out. 2010.

ROLLO, A. A. É possível valorizar o Trabalho na Saúde num mundo "Globalizado"? In: SANTOS FILHO, S.; BARROS, M. E. B. de. (Org.) *Trabalhador da saúde*: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em Saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007, p. 19-60.

SANTIAGO, L. V. As representações sociais na relação teoria-prática: possibilidades de pesquisas. In: COLÓQUIO DE EPISTEMOLOGIA DA EDUCAÇÃO FÍSICA, 5., 2010, Maceió. *Anais*... Maceió: UFAL, 2010.

Recebido para publicação em fevereiro de 2014
Versão final em outubro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Democracia e saúde: a prestação de contas como legitimadora da representação no Conselho Municipal de Saúde de Vitória (ES)*

Democracy and health: accountability as legitimating of representation in the Municipal Health Council of Vitoria (ES)

Marcelo Eliseu Sipioni[1], Marta Zorzal e Silva[2]

RESUMO A participação em conselhos gestores ocorre via representação, mas de forma distinta daquela exercida nos parlamentos. Através da construção do Discurso do Sujeito Coletivo de representantes e representados, buscou-se analisar a representação da sociedade no Conselho Municipal de Saúde de Vitória (ES) a partir da prestação de contas dos representantes. Apesar de alguns discursos demonstrarem distanciamento entre ambos, outros indicam grande proximidade, o que revela certa legitimidade da atividade participativa nestas instâncias. É necessário aprofundar esse debate para que se possa ampliar as possibilidades de um melhor entendimento sobre a representação em instâncias participativas.

PALAVRAS-CHAVE Participação social; Democracia; Conselhos de saúde.

ABSTRACT *Participation in management councils occurs by representation, but differently from that exerted in parliaments. Through the building of representatives and represented Collective Subject Discourse, we analyze the representation of civil society in the Municipal Health Council of Vitoria from the accountability of representatives. Despite some speeches demonstrating a distancing between both, others indicate close proximity, which reveals a certain legitimacy of participatory activity in these instances. It is necessary to deepen the debate to expand the possibilities of a better understanding of the representation in participatory instances.*

KEYWORDS *Social participation; Democracy; Health councils.*

*Este trabalho é fruto da dissertação de mestrado de Marcelo Eliseu Sipioni, intitulada 'Legitimidade da representação em conselhos de saúde: o caso do Conselho Municipal de Saúde de Vitória-ES', defendida junto ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/Ufes) em setembro de 2009.

[1] Universidade Vila Velha (UVV) – Villa Velha (ES), Brasil.
mesipioni@yahoo.com.br

[2] Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Departamento de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – Vitória (ES), Brasil.
mazorzal@gmail.com

DOI: 10.1590/0103-110420151040419

Introdução

A existência de instituições participativas demandadas, em grande parte, pela pressão popular durante a ditadura militar (1964-1985) gerou um aumento substancial na participação da sociedade civil na tomada de decisões relativas às políticas públicas. Assim, instituídos legalmente (como os conselhos gestores) ou através de políticas governamentais de partidos de esquerda (no caso dos orçamentos participativos), essas formas institucionais alargaram consideravelmente o pressuposto democrático no Brasil. Isso porque se instaurou um modelo híbrido de democracia (AVRITZER; HOUTZAGER; CASTELLO, 2006) em que representação e participação estão combinadas.

Com a inserção de novos atores em instâncias de tomada de decisões, surgem também novas formas de representação ligadas à sociedade civil. Formas estas que devem ser discutidas e analisadas diferentemente dos enfoques dados à representação parlamentar (AVRITZER, 2007), mesmo porque, é a esta forma eleitoral que se atribui a crise da representação política atualmente (MENDES, 2007).

Na segunda metade do século XX, houve grande reivindicação por participação da sociedade em nome de uma democracia participativa e pouco se pensou no formato em que se consideraria essa participação (LAVALLE; HOUTZAGER; CASTELLO, 2006).

De fato, a democracia representativa reduz ao ato do voto a participação da sociedade, reduzindo também a soberania popular a um procedimento de escolha de governos (SCHUMPETER, 1984). Tal modelo entende que a capacidade de decisão e debate político do povo é baixa, de modo que a sociedade deve limitar-se a autorizar uma elite técnica e qualificada a exercer o papel de gerir a máquina pública.

Alguns autores (PATEMAN, 1992; SANTOS; AVRITZER, 2002), contudo, tentam rebater tais conceitos pregando uma concepção ampliada de democracia, capaz de considerá-la mais que um procedimento para formação de governos: como substância, como forma de liberdade e igualdade de toda uma nação. Segundo as concepções da democracia representativa, jamais seria possível que a pluralidade de atores sociais de uma nação tivesse a oportunidade de vocalizar suas demandas (SANTOS; AVRITZER, 2002). Em suma, a democracia participativa tem como ideia central a autodeterminação política da pluralidade social e prega o reconhecimento dessa pluralidade e a criação de canais em que ela possa ser expressada (FERRAZ, 2006).

Apesar das ideias antagônicas entre essas teorias democráticas, vem-se assumindo uma visão de complementaridade entre ambas (SANTOS, 1999; SANTOS; AVRITZER, 2002; AVRITZER, 2006; FERRAZ, 2006), estabelecendo, assim, a inevitabilidade da representação no interior de experiências de participação (LÜCHMANN, 2007). O que se busca é uma normatização mínima que consiga estabelecer determinados pressupostos para o alcance da legitimidade da representação em instâncias participativas, de forma que os representantes, nesse modelo de representação, possam ser avaliados por seus representados de maneira diferente da que há atualmente na representação em instâncias parlamentares.

Este trabalho é pautado na necessidade de entender a lógica da representação em espaços institucionais de participação e apontar caminhos para que esses mecanismos participativos enriqueçam a democracia e não reproduzam práticas da representação parlamentar. Sendo assim, o objetivo é analisar o formato em que ocorre a representação da sociedade civil no Conselho Municipal de Saúde de Vitória (ES), avaliando sua legitimidade através da prestação de contas dos representantes.

Participação e representação em conselhos gestores de políticas públicas

Entre os espaços institucionais para a realização das análises sobre a representação política em instâncias participativas, encontram-se

os conselhos gestores de políticas públicas. Partiu-se da premissa de que estes conselhos buscam reduzir a distância entre política e senso comum, retirando a exclusividade dos representantes tradicionais em propor estratégias e políticas somente via representação eleitoral (BORBA; LÜCHMANN, 2008).

Entre os diversos conselhos setoriais, os conselhos de saúde parecem ser os mais visados pela literatura. Atualmente, não são raros os trabalhos que se dedicam ao assunto da representação política nesses espaços. A depender dos seus objetivos ou pontos de vista teóricos, alguns se debruçam com maior justificativa e mais densidade do que outros sobre as teorias da democracia e as concepções políticas da participação e da representação. Tais diferenças de abordagem não reduzem a importância de quaisquer trabalhos, de forma que foi possível confirmar a riqueza de literatura que há à disposição para discutir os presentes dados (CORREIA, 2000; LABRA, 2002; LABRA; FIGUEIREDO, 2002; COELHO; VERÍSSIMO, 2004; GERSCHMAN, 2004; DAVID, 2005; GUIZARD; PINHEIRO, 2006; CORTES, 2009; FLEURY; LOBATO, 2009).

Apesar dos reconhecidos avanços, diversas avaliações negativas vêm sendo feitas em relação aos conselhos gestores. Um dos motivos para tal refere-se ao equivocado olhar que a eles normalmente é lançado. Analisar os conselhos gestores sob a perspectiva de ruptura radical com mecanismos tradicionais de representação impossibilita a visão de que a participação nesses espaços não é direta, mas se realiza nos moldes da democracia representativa. Muda-se a relação entre representantes e representados, porém, o tipo de vínculo criado permanece sendo o da representação (FERRAZ, 2009).

Cabe abrir um parêntese importante para que fique claro que os autores aqui trabalhados vêm afirmando uma relação estreita entre representação e democracia, ao contrário de teóricos clássicos radicais, como Rousseau (PITKIN, 1979; 2006; AVRITZER, 2007). Saward (2008), por exemplo, é enfático ao dizer que apenas a representação pode tornar possível a democracia e faz uma crítica a esta mesma representação que, segundo ele, vem substituindo a democracia, e não a servindo. Para esse autor, bem como para Urbinati (2006), a representação não deve ser considerada uma alternativa *second best* à democracia direta, mas sim deve ser entendida como "um modo de a democracia recriar constantemente a si mesma e se aprimorar" (URBINTATI, 2006; P. 192). A questão central deve ser o entendimento de que a ideia de representação da qual trata este trabalho, que envolve a representação da sociedade civil, mesmo que se baseie em pressupostos da representação em parlamentos, deve criar para si uma teoria própria (URBINTATI, 2006).

O que determinará a legitimidade da representação não é, por si só, o representante e seus laços com a base representada. Ela dependerá também do grau ativo da participação da sociedade civil (LÜCHMANN, 2007), de modo a estabelecerem também entre si uma conexão capaz de efetivar processos legítimos de autorização e prestação de contas durante todo o mandato (YOUNG, 2006; URBINTATI, 2006).

Ao diferenciar e separar representantes e representados, Young (2006) e outros autores (URBINATI, 2006; LÜCHMANN, 2007) procuram responder como se daria o processo de representação ao longo do mandato, apontando para uma resposta que tende a não deixar dúvidas de que uma representação legítima da sociedade civil requer, acima de tudo, uma conexão entre representantes e representados e uma conexão também entre os próprios representados. Caso essas conexões não ocorram, a representação torna-se pouco democrática (YOUNG, 2006).

Parece claro, portanto, que a legitimidade da representação nos espaços representativos da sociedade civil dependerá das posturas tanto do representante quanto dos representados mediante o mandato que exercerá o primeiro.

Tal postura pode ser entendida sob diferentes critérios de análise: perfil socioeconômico dos representantes, a pretensão de legitimidade pelos mesmos, ou seja, os

sentidos que estes atribuem à representação, e, por fim, os mecanismos de autorização e prestação de contas (BORBA; LÜCHMANN, 2008). Sobre este último debruçou-se esta análise. Um exame teórico mais profundo sobre o tema aqui proposto pode ser encontrado em Sipioni e Silva (2013).

Metodologia

Considerou-se, primeiramente, a necessidade de se adotar uma abordagem metodológica que permitisse analisar com profundidade os sentimentos, símbolos e representações expressas nas falas dos sujeitos dessa pesquisa. Sendo assim, a abordagem qualitativa é a que melhor se encaixa em uma pesquisa como esta, um estudo de caso de caráter descritivo-exploratório.

O estudo aqui descrito configura parte da pesquisa de mestrado em saúde coletiva realizada pelos autores nos anos de 2008 e 2009, intitulada 'Legitimidade da representação em conselhos de saúde: o caso do Conselho Municipal de Saúde de Vitória-ES', junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. Assim, os dados foram coletados junto ao Conselho Municipal de Saúde de Vitória (CMS-V) após devida apreciação em plenária de reunião ordinária do órgão, além de ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o registro 119/08, respeitando todos os princípios éticos com pesquisas envolvendo seres humanos.

A coleta dos dados qualitativos contou com a utilização de entrevistas semiestruturadas direcionadas aos conselheiros representantes da sociedade civil e aos membros da mesa diretora da entidade representada pelo conselheiro. Os roteiros de entrevistas foram adaptados de David (2005) e buscaram evidenciar quesitos básicos sobre o perfil de conselheiros e questões relacionadas à relação entre representantes e suas entidades. Para análise dos dados qualitativos, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003), elaborada com base na teoria das representações sociais. Com o DSC, obtém-se uma resposta coletiva sobre uma determinada opinião comum a diferentes depoimentos. Desta forma, é criado um discurso em primeira pessoa representativa de todos os discursos semelhantes em um conjunto de dados.

Em princípio, todos os conselheiros titulares representantes da sociedade civil e suas respectivas entidades participariam da pesquisa, desde que aceitassem fazê-lo mediante consentimento livre e esclarecido sobre os objetivos da pesquisa.

Resultados e discussão

Alguns aspectos relevantes de alguma forma limitaram o conteúdo analítico deste trabalho. O primeiro deles refere-se ao difícil acesso a alguns dos representantes. O objetivo seria entrevistar com profundidade analítica os oito representantes titulares da sociedade civil no conselho. Porém, por questões diversas, foi possível o acesso a apenas quatro. Sendo assim, os quatro conselheiros titulares que não puderam ser entrevistados foram substituídos por outros quatro suplentes, com participação ativa no conselho, entendendo que o teor dos discursos não foi prejudicado por esse fato. As entrevistas foram realizadas entre maio e agosto de 2009.

Em relação às entidades, buscou-se entrevistar os dirigentes daquelas cujo representante no CMS-V havia participado das entrevistas, gerando um total de cinco entidades. Destas, uma não pôde participar da pesquisa por afirmar que a única pessoa capaz de responder pela entidade seria a própria conselheira, o que enviesaria sobremaneira a análise deste trabalho.

O CMS-V possuía, no momento da pesquisa, 16 membros representantes da sociedade civil (8 titulares e 8 suplentes), sendo que as outras 16 vagas são divididas entre

profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e gestores (BRASIL, 2003).

Por questões de limitação de espaço, não foram aqui transcritos todos os DSC representativos das diversas ideias centrais. Assim, buscamos explicitá-las durante nossas discussões.

Procuramos observar, primeiramente, a quem os representantes buscam representar no CMS-V, de forma que os DSC passaram a ideia de representação generalizada, no sentido de substituir o Estado, e também de afirmação de representação da entidade enquanto representantes de um grupo específico.

Em outro enfoque, procurou-se analisar a relação prática dessa representação. Em termos gerais, observou-se como tem ocorrido o diálogo entre representantes e entidade representada, observando regularidade ou não de relatórios, discussão prévia das pautas com os membros da entidade, entre outras situações de *accountability*.

Outra abordagem que visou elucidar a questão da prestação de contas refere-se à qualificação do representante. Dessa forma, também as entidades foram analisadas para saber se há ou não qualificação por parte destas para possuírem cadeira no CMS-V.

A quem representar?

VISÃO GENERALIZANTE

Ao analisar as falas que revelam os interesses representados, notou-se que o interesse dos representantes pode ser visto como um interesse geral, enfatizando o bem de toda a população. Nesse sentido, no DSC a seguir observa-se que o objetivo prioritário de alguns entrevistados abrange um papel amplo de agente social promotor de igualdade, tomando para si um papel que, em princípio, deveria ser do Estado.

> *É o bem-estar da população. O meu objetivo é levar e trazer informação pra minha comunidade. É tá buscando a questão da necessidade, tá lutando praquilo de direito mesmo. Direito de igualdade. Fazer com que as coisas aconteçam com transparência. Sempre tá querendo saber cada vez mais pra levar até eles. E eles, na comunidade, têm o conhecimento por intermédio da minha pessoa. E eu vejo que minha comunidade precisa demais da minha ação, sendo a voz daqueles que não têm voz.* (DSC – Representantes dos usuários; proporção 4/8 ou 50%).

Sob essa ótica, Abers e Keck (2008) fazem uma interessante discussão ao ressaltarem que nos conselhos gestores há também cadeiras destinadas a representantes indicados pelo poder público. Dessa forma, por mais que o discurso das organizações civis remeta a uma ideia de justiça social, elas não têm obrigações, necessariamente, para com toda a população. Ao contrário, os indicados do poder público é que devem ser responsabilizados pela falha dos conselhos em não promover a defesa efetiva dos interesses dos não organizados. Tal responsabilização se dá pelo fato de que, por natureza, os representantes do Estado têm obrigações para com toda a sociedade, e devem representar os interesses de todos.

VISÃO RESTRITA À REPRESENTAÇÃO DA ENTIDADE

Algumas falas, por sua vez, menos numerosas direcionam as análises para uma visão mais focada de representação em que se assume o papel do representante como aquele que representa a vontade da entidade, como se vê a seguir.

> *[O papel do representante] é falar pela entidade. É lutar pela entidade. É ter o compromisso pela entidade, e não por você mesma. É priorizando as demandas da sua entidade. Passando informações, os informes do que tá acontecendo em volta. A importância é isso, é dar o retorno, dar o feedback. Porque ali é o espaço das comunidades, da sociedade organizada. E as coisas são camufladas demais... Então ali o meu papel é estar falando pela minha entidade, que eu represento.*

E não por mim mesma, levando coisa que não seja pelo coletivo. (DSC – Representante dos usuários; proporção 2/8 ou 25%).

Nas análises dos DSC das entidades, algumas falas também mostraram que esse ideal de representação política ocorre não somente nos representantes, mas naqueles que são representados.

Ele não pode se representar. Ele tem que representar a entidade do qual ele foi indicado. Porque ninguém pode sentir nada por nós. Somos nós que vivemos o preconceito, a discriminação, o deboche... Somos nós que somos marginalizados. O nosso representante tá respaldado pra participar. Então, o que é bom para o povo, o que é bom para o coletivo, tem que, obrigatoriamente, ser bom para a entidade. (DSC – Membros de entidade representada; proporção 2/4 ou 50%).

Essa visão parece captar de forma mais abrangente o ideário dessa nova forma de representação política. Porém, deve-se observar de maneira crítica as colocações desse discurso para saber se não vem se firmando nessa relação uma noção meramente identitária de representação.

Como lembra Young (2006), a premissa básica da representação política é compreender que o ato de representar não admite uma relação de identidade entre representantes e representados devido à realidade irrefutável de que os primeiros não conseguirão em todos os momentos falar em nome de todos os representados, subentendendo, portanto, a expressão da vontade de todos. É inerente a essa relação que representantes e representados sejam diferentes e que imaginar a abrangência de todas as opiniões na voz de um só é utópico e impossível de ser concretizado.

Como representar?

Vários são os DSC que possibilitam uma análise de prestação de contas caracterizada como difusa entre representantes e representados. Alguns assumiram não discutir, até mesmo pela pouca estruturação de sua entidade. Outros afirmaram que, sistematicamente, põem em pauta os assuntos discutidos no CMS-V, tanto levando demandas para o conselho como trazendo decisões a serem tomadas na entidade.

ELABORAÇÃO DAS PROPOSTAS A SEREM DISCUTIDAS NO CMS-V

Os discursos que se seguem reúnem falas que mostram em seu conteúdo uma dificuldade ou ausência de reunião com a entidade para discutir propostas a serem levadas ao conselho, o que resulta em uma demonstração implícita da pouca frequência com que o representante consulta sua base para discutir propostas no conselho ou mesmo uma subestimação do espaço e opinião da entidade para assuntos 'não sérios', como descrito abaixo.

Nem todas [as pautas] a gente tá lendo. A gente costuma se reunir com eles quando tem uma coisa muito séria pra passar, né? E quando a gente tem oportunidade, a gente tá sempre discutindo, passando o que é saúde, o que é discutido aqui, o que está ali. Se você confia aquela pessoa a esse conselho, caso tiver alguma coisa muito difícil a gente tem que se reunir, mas no dia a dia a gente tem abertura... Nem sempre a gente precisa de ir lá [na entidade] porque as coisas que é pra deliberar aqui [no conselho]... A gente já tem tanto tempo que tá aqui, que já conhece esse caminho. Mas quando é necessário a gente vai sim. (DSC – Representante dos usuários; proporção 3/8 ou 37,5%).

Os argumentos para essa autonomia do representante perante a entidade são diversos, como se pode notar acima. Subestimação da opinião dos seus membros e entendimento de que sua experiência como conselheiro lhe dá respaldo para tal autonomia conferem subsídios para afirmar que a cultura política tradicional, que sugere a existência do político profissional, ainda alicerça a atuação desses novos representantes. Ao mesmo

tempo, reafirma que falta a eles uma qualificação técnica e política capaz de subsidiar sua participação.

QUALIFICAÇÃO

É notório, segundo o DSC a seguir, que há, por parte dos conselheiros sem nível superior, um descontentamento pela disputa entre os saberes técnico e popular, mais efetivamente, entre representantes dos usuários em relação aos profissionais da saúde e gestores.

> *O desafio [de representar a minha entidade no conselho de saúde], às vezes, é dos próprios conselheiros. Desafio de inveja, de repúdio por pensarem diferente, às vezes, por visões diferentes, entendeu? Porque você vê que tem muita gente ali, os gestores, tem médicos, e eu não tenho faculdade, eu tenho a faculdade da vida, mas eu sou muito inteligente, entendeu? Que nós não temos uma capacitação de entendimento na saúde. Não tem uma pessoa que tem esse conhecimento na área da saúde. Então é um desafio vir pra cá sem esse conhecimento. Mas eu não me intimido. Eu brigo pelos direitos da população, eu enfrento. Quer ficar com raiva de mim? Fica! [...] Então, o desafio, é a visão de cada conselheiro.* (DSC – Representante dos usuários; proporção 4/8 ou 50%).

Vários estudos vêm demonstrando essa desqualificação, como em Gerschman (2004) e Tatagiba (2002). O fato é que as desigualdades existentes no meio sociopolítico, geradores de diferenças entre saberes, restringem a participação política e, consequentemente, acentuam ainda mais a desigualdade, acarretando um processo de exclusão (COELHO, 2007). Lüchmann (2002) ressalta os problemas não só da desqualificação do conselheiro, mas também da falta de capacitação e informação como limitantes de sua atuação em relação aos representantes da sociedade civil e àqueles conselheiros possuidores de elevado grau de escolaridade.

Constatou-se neste trabalho que as entidades extremamente desarticuladas, que nem sequer possuíam um corpo diretor capaz de participar desta pesquisa sem enviesá-la, e as entidades que só aceitaram enviar seu representante depois de anos consecutivos de convites por parte da secretaria municipal de saúde — e que não possuem atuação ou influência na área da saúde ou mesmo não priorizam a questão da saúde em suas ações — compõem o segmento dos usuários no CMS-V.

Em contrapartida, notou-se que estes dados não podem ser generalizados por não se referirem a todas as entidades representadas. Algumas falas permitiram criar um discurso coletivo que revelou algumas entidades que realizam ações e atividades específicas para a área da saúde, fato que se considera ser de decisiva importância para sua atuação conselhista, já que defendem posições mais enraizadas nos problemas vividos pela sua própria ação comunitária. É uma pena, contudo, que essa não seja uma realidade de todas as entidades.

PAUTAS E RELATÓRIOS

Prosseguindo nas análises deste trabalho, observou-se que um problema recorrente na literatura (TATAGIBA, 2002; VAN STRALEN *ET AL.*, 2006) foi citado em um dos discursos: o envio da pauta pela secretaria da mesa diretora do CMS-V é feito com pouco prazo para que haja tempo de os representantes se reunirem com a entidade para discutir os assuntos que nortearão a reunião seguinte. O fato é que o envio prévio da pauta é importante não só para a obtenção de tempo hábil para o diálogo com a base representada como também para o amadurecimento do próprio conselheiro sobre a ideia a ser discutida no conselho (TATAGIBA, 2002).

Referente a essa análise, sob o ponto de vista das entidades, notou-se que também houve discursos que salientaram esse

referido distanciamento entre entidade representada e representante no CMS-V. Questionando se há informações ou discussões a respeito da pauta do conselho por parte do representante de entidade, obteve-se o DSC a seguir:

> *Não. Pouco. Muito pouco. Isso aí nós falhamos. Inclusive, é uma demanda, uma coisa que nós estamos percebendo agora. Inclusive ela, como representante, o diálogo tem sido pequeno, no nosso entender. Precisa ser intensificado, até pra gente poder fazer também, tudo isso que é observado no trabalho do dia a dia, chegar no conselho, que é a instância que vai, realmente, articular essa política, né. Porque não existe uma relação de relatório. A gente já até pediu, relatório pra trazer, e tal, mas estamos realmente com dificuldades desse representante enviar relatórios.* (DSC – Membros de entidade representada; proporção 2/5 ou 50%).

Também não ocorrem os repasses de todas as reuniões realizadas à base, como relatado em alguns discursos, permitindo concluir que não há *feedback* dos conselheiros para suas entidades referentes à pauta de discussão do CMS-V.

Para entender como, então, essas entidades definem suas posições para serem levadas pelo representante ao conselho, é necessário a análise do DSC a seguir.

> *Sistematização [da pauta do CMS-V] não existe. Existe, a bem da verdade, é a discussão. É a constatação. Isso existe. Mas assim, no momento, a dinâmica do nosso trabalho ainda não levou a essa perfeição, ainda não levou a esse... o que seria assim, o ideal de ser construído, né. Muito embora a gente discuta, muito embora se saiba quais são as dificuldades, se sabe até alguns caminhos pra se chegar, mas na verdade ainda não se chegou a sistematizar e de utilizar o conselho de saúde ainda nessa forma propositiva, de forma que viéssemos a ajudar.* (DSC – Membros de entidade representada; proporção 2/4 ou 50%).

Um ponto extremamente importante no processo de prestação de contas vem sendo negligenciado pelos representantes, conforme constatado em discurso dos membros de entidade: a apresentação de relatório à entidade representada. Acredita-se que o relatório possui importância fundamental por ser uma maneira de formalizar uma relação de representação e também de documentar e tornar público o acesso dos membros da entidade a essas informações. Seria uma forma de manter contínua e sistematizada a troca de informações entre representantes e representados.

Nas entidades em que os representantes não produzem o relatório, seus diretores/presidentes demonstram em suas falas que esse seria um interessante mecanismo de fiscalização da representação, mas que não vem sendo cumprido pelo representante, o que reforça a ideia de uma postura independente e autônoma do conselheiro em relação à base representada. Com isso, os representados não sabem como anda a atividade conselhista de seu representante.

A ausência de relatório torna-se argumento para muitas 'faltas' das entidades na relação entre a entidade representada e o representante. Uma delas diz respeito à ausência de suporte (técnico, financeiro, político), que seria facilitado se a entidade soubesse mais sobre a atuação de seu representante. Além disso, delega-se ao poder executivo a premissa de qualificar seus conselheiros no conselho em detrimento do suporte da entidade, como se observa no DSC a seguir.

> *Não, não temos [suporte para os nossos representantes]. Ainda não. Isso é muito importante colocar. Que é o ideal ter, dar uma estrutura. Mas isso precisa fazer o relatório pra poder socializar, fazer o acompanhamento amplo da entidade, como tá atuando. Mas a gente pede para que a própria administração e a secretaria façam cursos específicos para as pessoas, para 'empoderar'. Mas assim, a gente apoia, a gente debate, discute. Então, a gente dá condição.*

Ele leva muito. Alguma coisa que ele tem dúvida, ele leva pro grupo. (DSC – Membros de entidade representada; proporção 4/4 ou 100%).

Outra consequência negativa da falta de relatório do representante, de acordo com membros das entidades, é a pouca ou inexistente frequência de reuniões com o representante.

Notou-se que as entidades entendem a importância do relatório, culpam seus representantes por não apresentá-los, mas não demonstram rigor na cobrança com punições possíveis. Tal atitude, a de punir quem não apresenta o relatório, torna-se, inclusive, inviável nas entidades que não possuem disponibilidade de pessoas para representação em conselhos gestores e mesmo nas quais a escolha do representante atual se deu após muita insistência, tanto por parte da secretaria de saúde quanto por parte da própria presidência da entidade, de forma que se a punição fosse a retirada do membro da entidade do papel de representante, não haveria ninguém para substituí-lo.

É de se esperar, portanto, que as entidades civis reúnam-se ordinariamente para debaterem suas demandas e atividades, de modo que a atuação nos conselhos gestores tome forma como ponto de pauta nessas reuniões, como acontece em algumas entidades entrevistadas. Ou seja, a participação da entidade em conselhos gestores não pressupõe, necessariamente, motivação única de reuniões específicas, a não ser que seja realmente indispensável, quando se tratar de um assunto relacionado ao conselho e que seja de extrema relevância para a entidade.

Algumas falas analisadas mostraram que esses mecanismos de prestação de contas não ocorrem por diversos motivos: falta de interesse do representante, falta de cobrança da entidade, falta de apoio da mesa diretora do conselho, entre outros. É evidente que esses entraves podem ser evitados, cabendo a cada um cumprir seu papel para que se inaugure uma cultura de representação que leve em conta mecanismos formais de prestação de contas. A legitimidade dessa representação viria por consequência.

Alguns fragmentos das diversas falas apresentadas e discutidas até aqui remetem à conclusão da existência de uma concepção fiduciária de representação no seio da sociedade civil participante do CMS-V, o que também foi encontrado em outros estudos (LABRA, 2002; DAVID, 2005; BORBA; LÜCHMANN, 2008).

A representação fiduciária (BOBBIO, 2000) indica uma autonomia do representante em relação à sua base que, para este tipo de formato representativo presente nos conselhos gestores, não seria ideal, encaixando-se mais em uma concepção parlamentar de representação política em que a relação dá-se por confiança dos representados para com seu representante, sem presença sistemática de prestação de contas, sendo essa concepção compatível com o ideal de democracia representativa, não participativa. É válido, pois, pensar que, quanto mais distante possível da visão fiduciária de representação nos conselhos gestores, melhor será o entendimento democrático desta relação.

A APROXIMAÇÃO ENTRE REPRESENTANTE E ENTIDADE

Serão analisados agora alguns discursos que afirmam a necessidade de discussão prévia com a entidade para as proposições no conselho, demonstrando o respeito e a responsabilidade em falar em nome de outrem que alguns conselheiros possuem, distanciando-se, portanto, da visão fiduciária e aproximando-se de uma visão delegativa de representação.

Óbvio! Discuto [a pauta com minha entidade]. Tem que discutir o que eu quero pro grupo. Sem dúvida. É obrigado a prestar todo o relatório das demandas que foram tiradas no conselho. Porque se não discutirmos internamente, nós não podemos levar nada pra lá [CMS-V]. Então, discutimos, brigamos, mas chegamos a um acordo

definitivo. (DSC – Representante dos usuários; proporção 6/8 ou 75%).

Assim como entre os representantes, membros das entidades evidenciaram que a relação com seu representante no CMS-V deve ser constituída sob moldes mais aproximativos, gerando uma noção de responsabilidade coletiva sobre o ato de representar, tanto levando suas posições ao conselho de saúde como informando à entidade as deliberações tomadas lá.

[As deliberações do conselho são passadas] através do nosso representante. Então ele passa, comenta o que aconteceu, discute o posicionamento que teve, tudo nas nossas reuniões. Caso ele precise, a gente se reúne, a gente marca reunião extra, convoca. A gente vai, discute e leva nossa posição. O grupo concorda, o grupo não concorda, o grupo dá diretriz [...] o grupo, então, mostra caminhos. Comentam na reunião e discutem. (DSC – Membros de entidade representada; proporção 2/4 ou 50%).

Parece que há um avanço considerável dessas falas coletivas em relação às anteriores, tanto pelo conteúdo quanto pela proporção de sujeitos que indicaram essa ideia central no teor de suas falas, especialmente em relação aos representantes no conselho. A prestação de contas durante todo o mandato é um dos principais argumentos de Young (2006) para se efetivar a real representatividade das minorias.

Em pergunta semelhante, a tentativa agora é obter informações a respeito do fato de o representante trazer para a entidade informações sobre suas ações no conselho, bem como as discussões que norteiam suas pautas. Os resultados não foram diferentes dos relatados anteriormente em termos de conteúdo, mas proporcionalmente mostraram-se ambíguos.

Dois discursos, constituídos por ideias centrais de dois sujeitos diferentes, mostram que ou não há prestação de contas ou ainda não houve prestação de contas. Por outro lado, uma maioria dos entrevistados disse haver prestação de contas de suas atividades no CMS-V para a entidade, o que corrobora algumas análises feitas anteriormente.

Sim. Com certeza. Tenho [que prestar contas], né? Sou obrigada. Quando a gente tá à frente da comunidade, a gente tem que fazer esse papel. Então, lá na reunião eu falo tudo que tá acontecendo. Tudo que eu faço na saúde eu tenho que falar 'olha, tá acontecendo isso e isso na saúde e tal'. Inclusive agora, através de relatórios. (DSC – Representante dos usuários; proporção 6/8 ou 75%).

Questionados sobre como acontecia essa prestação de contas, algumas ideias compuseram um discurso otimista em que a sistematização desta prestação faz-se presente.

Sempre depois do conselho tem uma reunião. Então, isso tudo eu passo pras pessoas que precisam. Aí eles fazem um relatoriozinho, trago a Ata. Você recebe a Ata de tudo que tá se passando lá dentro, o que você aprovou, o que você não aprovou. Então, fazemos relatórios. Não sei se você notou. Todo mundo lá presta atenção. Eu sempre tô escrevendo alguma coisa, entendeu? É tipo uma prestação de contas. E essa prestação de contas, às vezes, nem é direcionada só ali dentro da entidade. Nós fazemos as reuniões ampliadas e apresentamos. Porque você é um conselheiro, você tem que ser o leva e trás. Eu tenho que pegar aqui e colocar não só para aquele que eu represento, mas também passar pra comunidade. (DSC – Representante dos usuários; proporção 5/8 ou 62,5%).

Cabe lembrar que a prestação de contas, como lembra Young (2006), deve acontecer tanto na articulação da entidade/base com seus representantes como também entre os próprios membros da base representada. Sendo assim, se a base está desarticulada ou se seus membros não possuem união para reivindicar atitudes específicas de

seu representante, este se tornará cada vez mais autônomo e independente para tomar decisões.

Considerações finais

A representação política, referendada aqui em um novo formato institucional que privilegia a representação nos espaços de participação, é uma forte aliada à ampliação da democracia. O Brasil apresenta referências importantes no que concerne aos espaços participativos, cujas práticas de participação revelam seu caráter representativo.

As observações aqui realizadas buscaram compreender o formato em que se dão essas relações. Discursos ambíguos no mesmo corpo de conselheiros lançaram ainda mais dúvidas ao tema, o que inspira a necessidade de aprofundar esse debate.

É possível que a cultura política do povo brasileiro esteja influenciando o papel das entidades civis no processo representativo em canais participativos, como os conselhos gestores. Essa cultura política, que vem sendo alterada pelo próprio exercício democrático, caracteriza-se por um descrédito da sociedade civil em relação ao poder de mudança dessas instituições participativas, além de encarnar, ainda, relações clientelistas e paternalistas inerentes à política tradicional.

Os resultados deste trabalho apontaram práticas de relação entre representantes e representados que ora reforçam um novo ideal representativo, ora o enfraquecem. Entende-se que muitos conselheiros e membros de entidades apresentam em seus discursos falas progressistas quanto ao modo de representar, mas, na prática, a relação, muitas vezes, vem acompanhada do tradicionalismo parlamentar.

Faz-se clara a necessidade de afirmação dos achados positivos dessas análises para que tais práticas possam ser cada vez mais copiadas e discutidas no interior das relações representativas da sociedade civil, desconstruindo a ideia de uma postura de distanciamento para com a base e construindo, por parte do representante, uma outra postura, de aproximação e responsabilidade perante aqueles que representa. ■

Referências

ABERS, R. N.; KECK, M. E. Representando a diversidade: Estado, sociedade e "relações fecundas" nos conselhos gestores. *Caderno CRH*, Salvador, v. 21, n. 52, p. 99-112, 2008.

AVRITZER, L. Reforma política e participação no Brasil. In: AVRITZER, L; ANASTÁSIA, F. (Org.). *Reforma política no Brasil*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2006, p. 35-43.

_____. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimação da ação. *Dados,* Rio de Janeiro, v.5 0, n. 3, p. 443-464, 2007.

BOBBIO, N. *O futuro da democracia*. 10. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

BORBA, J.; LÜCHMANN, L. H. H. A representação política nos Conselhos Gestores de Políticas Públicas In: Congreso Latinoamericano de Ciencia Política, 7., 2008. *Anais...,* San José: Universidad de Costa Rica, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 333 de 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

COELHO, V. S. P. A democratização dos conselhos de saúde: o paradoxo de atrair não aliados. *Novos estud. – CEBRAP,* São Paulo, n. 78, p. 77-92, 2007.

COELHO, V. S. P.; VERÍSSIMO, J. Considerações sobre o processo de escolha dos representantes da sociedade civil nos conselhos de saúde de São Paulo. In: AVRITZER, L. (Org.). *A participação em São Paulo*. São Paulo: Ed. UNESP, 2004, p. 105-122.

CORREIA, M. V. C. *Que controle social?* Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

CORTES, S. V. *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

DAVID, C. T. N. *Representantes e representados:* relação entre conselheiros usuários, suas entidades e espaços descentralizados do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. 2005. 151 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

FERRAZ, A. T. R. Cenários da participação política no Brasil: os conselhos gestores de políticas públicas. In: SILVA, M. Z.; BRITO JUNIOR, B. T. (Org.). *Participação social na gestão pública:* olhares sobre as experiências de Vitória-ES. São Paulo: Annablume, 2009, p. 194-206.

_____. Pensando a democracia e seu processo de adjetivação. *Agália*, Santa Clara, n. 85-86, p. 173-200, 2006.

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde.* Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, 2004.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos conselhos de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.,* Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 797-805, 2006.

LABRA, M. E. *A qualidade da representação dos usuários nos Conselhos Distritais de Saúde do Rio de Janeiro e a dimensão associativa*. Relatório Final de Pesquisa Estratégica. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

LABRA, M.E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciênc. Saúde Colet.,* Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LAVALLE, A. G.; HOUTZAGER, P. P.; CASTELLO, G. Representação política e organizações civis: novas instâncias de mediação e os desafios da legitimidade. *Rev. Bras. Ci. Soc.,* São Paulo, v. 21, n. 60, p. 43-66, 2006.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. (Org.). *O discurso do sujeito coletivo:* um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Educs, 2003.

LÜCHMANN, L. H. H. A representação no interior das experiências de participação. *Lua Nova,* São Paulo, n. 70, p. 139-170, 2007.

_____. Os conselhos gestores de políticas públicas: desafios do desenho institucional. *Revista Ciências Sociais Unisinos,* São Leopoldo, v. 38, n. 161, p. 43-79, 2002.

MENDES, C. V. R. Representação política e participação: reflexões sobre o déficit democrático. *Katálisys*, Santa Catarina, v. 10, n. 2, p. 143-153, 2007.

PATEMAN, C. *Participação e teoria democrática*. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

PITKIN, H. F. O conceito de representação. In: CARDOSO, F. H.; MARTINS, C. E. (Ed.). *Política e Sociedade*. São Paulo: Nacional, 1979.

_____. Representação: palavras, instituições e ideias. *Lua Nova*, São Paulo, n. 67, p. 15-47, 2006.

SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice:* o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Ed. Cortez, 1999.

SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. (Org.). *Democratizar a democracia:* os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

SAWARD, M. Representation and democracy: revisions

and possibilities. *Sociology Compass,* New York, v. 2, n. 3, p. 1000-1013, 2008.

SCHUMPETER, J. *Capitalismo, socialismo e democracia*. Rio de Janeiro: Fundo da Cultura, 1984.

SIPIONI, M. E.; SILVA, M. Z. Reflexões e interpretações sobre a participação e a representação em conselhos gestores de políticas públicas. *Rev Sociologia e Política*, Curitiba, v. 21, n. 46, p.147-158, 2013.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra; Campinas: Unicamp, 2002, p. 47-105.

URBINATI, N. O que torna a representação democrática? *Lua Nova*, São Paulo, n. 67, p. 191-228, 2006.

VAN STRALEN, C. J. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciên. Saúde Colet*., Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 621-632, 2006.

YOUNG, I. M. Representação política, identidade e minorias. *Lua Nova*, São Paulo, n. 67, p. 139-190, 2006.

Recebido para publicação em setembro de 2014
Versão final em outubro de 2014
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde

Reflections on implementation analysis of health policies

Eduardo Tonole Dalfior[1], Rita de Cássia Duarte Lima[2], Maria Angélica Carvalho Andrade[3]

RESUMO A operacionalização da política apresenta inúmeros entraves no nível local permeados por questões estratégicas, por interesses e por múltiplos atores, considerados aspectos determinantes para o sucesso ou insucesso da política. A partir da revisão da literatura, este artigo destaca alguns dilemas e questões problemáticas nas concepções e ideias sobre o processo de implementação de políticas de saúde. Para a base teórica, buscou-se refletir sobre a complexidade dessa temática e sobre alguns aspectos das políticas públicas, da análise das políticas públicas e do processo de implementação de políticas públicas, a partir do campo da produção de conhecimentos, no âmbito da saúde coletiva.

PALAVRAS-CHAVE Políticas públicas; Políticas públicas de saúde; Análise qualitativa.

ABSTRACT *The operationalization of the policy presents numerous obstacles on local level permeated by strategic issues, interests and multiple actors, considered key aspects for the success or failure of the policy. Based on the literature review, this article highlights some dilemmas and problematic issues in the conceptions and ideas about the process of implementation of health policies. For the theoretical basis, we sought to reflect on the complexity of this theme and on some aspects of the public policy, of the analysis of public policies and the implementation process of public policy, from the field of knowledge production in the context of public health.*

KEYWORDS *Public policies; Health public policies; Qualitative analysis.*

[1] Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Centro de Ciência da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Vitória (ES), Brasil.
edutonole@yahoo.com.br

[2] Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Vitória (ES), Brasil.
ritacdl@uol.com.br

[3] Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Vitória (ES), Brasil.
geliandrade@hotmail.com

 DOI: 10.1590/0103-110420151040201

Introdução

A implementação de uma política pública de saúde exige sua tradução em uma política institucional, conceituada como a resposta social (ação ou omissão) de uma organização diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, e que expressa dimensões de poder e de diretrizes (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

A municipalização, decorrente da descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), fez do município o principal espaço para implementar as políticas de saúde. A conformação de cada um dos cenários locais influencia a extensão da implementação e sua efetividade (SOLLA, 2010).

Estudos sobre a descentralização do sistema de saúde no Brasil destacam as complexas relações intergovernamentais na formulação e implementação das políticas de saúde, fortemente induzidas pelo governo federal, mediante mecanismos de transferências de recursos em função da adesão a uma política (ARRETCHE, 2003; MARQUES; MENDES, 2003).

Dada a amplitude territorial brasileira, tal como a complexidade dos territórios em assumir o comando das ações de saúde descentralizadas nos últimos anos, as políticas prioritárias que são definidas em nível da macrogestão do governo, precisam passar por um amplo processo de aceitação ou rejeição por parte dos agentes que farão a implementação dessa política em nível local. Assim, a análise desse processo de implementação torna-se fundamental para compreender por que algumas políticas são mais ou menos eficientes que outras.

O objetivo deste artigo é destacar alguns dos dilemas e aspectos problemáticos nas concepções e ideias sobre o processo de implementação de políticas de saúde. Enfatizam-se, também, as dificuldades na análise de políticas públicas em nível local, sem considerar algumas possibilidades de intervenção no movimento real do processo de implementação. Para a abordagem teórica da temática, considerou-se necessária apresentação e reflexão sobre alguns aspectos das políticas públicas, da análise das políticas públicas e do processo de implementação de políticas públicas, a partir do campo da produção de conhecimentos, no âmbito da saúde coletiva.

Políticas públicas

As políticas públicas de saúde têm ocupado um lugar central na área da saúde coletiva. Dentre as suas características destacam-se a capacidade de constituir-se em um campo de conhecimento de práticas que envolvem perspectivas de análises e ao mesmo tempo permite avançar na produção do conhecimento e orientar as ações e a formulação das políticas de saúde. O que chama atenção é que as políticas de saúde consistem em um campo do conhecimento da área das ciências humanas que estabelece outro padrão de relação entre o sujeito e o objeto do conhecimento que não aquele próprio das áreas das ciências biológicas e exatas. Vale dizer que trata da produção do conhecimento que busca estabelecer relações entre fenômenos criteriosamente coletados e selecionados (COHN, 2009).

As políticas públicas interferem diretamente na vida dos cidadãos e profissionais e estão sujeitas a múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios, em decorrência de múltiplos interesses envolvidos na determinação dos rumos e formato das políticas públicas (FLEURY; OUVERNEY, 2008).

O debate acerca da temática das políticas públicas no campo da saúde coletiva tem sido realizado a partir de diferentes perspectivas e a primeira questão a ser considerada é sua historicidade. Nesse sentido, Souza (2006) aponta que não existe uma forma única ou mais apropriada para se definir políticas públicas, e, para isso baseia-se nas definições tradicionais de alguns autores como Mead, Lynn, Peters e Dye, que se dedicam a estudar

esse tema. Para esses autores, segundo Souza (2006), política pública é definida como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas, afirmando-a como um conjunto de ações de governo que irão produzir efeitos específicos. Nesse sentido, política pública é entendida como a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou por meio de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos, ou seja, é o que o governo escolhe fazer ou não fazer.

Atualmente, boa parte da literatura entende a política pública como uma ciência do Estado, ou ciência política, e passa a indicar o conjunto de atividades que têm como termo de referência o Estado (BOBBIO, 1998 *APUD* VIANA; BAPTISTA, 2009). Nessa perspectiva, a política deve ser compreendida de forma mais ampla, uma vez que contempla o que o Estado faz (sua dimensão facilmente percebida), bem como aquilo que ele deixa de fazer, refletindo o comportamento dos atores que atuam nesse processo (SERAFIM; DIAS, 2012). Claramente, a política pública se expressa como um fenômeno complexo, que envolve uma série de decisões tomadas por pessoas e organizações dentro do governo, mas influenciadas por outros atores que operam dentro ou fora do Estado (HOWLETT *ET AL.*, 2009 *APUD* CONTARATO, 2011).

Dessa forma, a política pública é inerente aos Estados, às pessoas e às instituições, sendo compreendida como uma atividade sobre a qual as pessoas fazem, preservam e corrigem as regras sob as quais vivem, não havendo separação entre conflito e cooperação, em que são mediados os valores e as opiniões divergentes, as necessidades e os interesses. É nesse sentido que a política é entendida como tudo aquilo que diz respeito à cidade e ao cidadão urbano, civil, público, sociável e social e seu conceito estritamente relacionado ao poder (BOBBIO, 1998 *APUD* VIANA; BAPTISTA, 2009).

Um referencial estratégico de investigação sobre o poder é desenvolvido por Bobbio, Mattuci e Pasquito (1998), que entendem que o poder pode ir desde a capacidade geral de agir, até a capacidade do homem em influenciar o comportamento humano.

As definições e conceituações mostram-se bastante diversas, mas, é possível assinalar que falar de política pública é falar de Estado, de pacto social, de interesses e também de poder. Falar de política é, ainda, falar de Estado em ação, do processo de construção de uma ação governamental para um setor, envolvendo recursos, atores, arenas, ideias e negociações (VIANA; BAPTISTA, 2009). É nesse ponto de análise, no qual reside a relação entre os diversos sentidos de política pública com a percepção que se tem do Estado (SERAFIM; DIAS, 2012), que se reconhece a política pública como um objeto sobre o qual se lança um olhar que permite refletir sobre os diferentes interesses, cultura, poder e disputas (LACLAU, 2011 *APUD* LOPEZ; MOREIRA, 2013).

Ressalta-se ainda que a ação dinâmica e multidirecionada da política pública e o processo de tomada de decisão no momento de construção de uma dada política têm se constituído em objetos principais de análise, em cujos objetivos consistem questionar a ação pública, seus determinantes, suas finalidades, seus processos e suas consequências (VIANA; BAPTISTA, 2009), cada vez mais, atraindo a atenção de diversos grupos, dentre esses, gestores e pesquisadores, que procuram compreender as diversas formas assumidas na relação Estado-sociedade (SERAFIM; DIAS, 2012).

Nesse contexto, para Baptista e Mattos (2011) é importante destacar que o sentido de política usualmente utilizado e que atravessa nossas práticas, muitas vezes, está associado apenas às práticas de governos e às instituições estatais. De acordo com esses autores, esse é um sentido de política que usualmente prevalece, no entanto não é o único. O conceito de Estado, historicamente, foi sendo definido partindo-se da ideia de delimitar uma diferença entre os governantes e governados, sendo o Estado aquele que atuaria na intermediação de

interesses com vistas ao estabelecimento da ordem para o bem comum. Nesse sentido, o Estado está fortemente ligado à política, o que pode justificar a sua associação às instituições estatais. Comumente, o conceito de política pública é definido como as respostas dos governos às demandas, problemas e conflitos que surgem de um grupo social, sendo esse o produto das negociações entre os diferentes interesses, mediado pela racionalidade técnica dos 'fazedores de política', com vistas à manutenção de uma ordem. Nesse entendimento as políticas públicas passam a ser reduzidas a um processo político racional, gerido pelos representantes do Estado.

Porém, ao discutir as políticas públicas, Baptista e Mattos (2011) apontam para a necessidade de romper com uma visão normativa e descritiva das políticas e trazer o que há de vida na sua construção, ou seja, torna-se necessário ir além do modo formal de definição de Estado e de políticas públicas e buscar nas práticas sociais as formas de construção das políticas públicas em cada contexto. Portanto, o Estado pode ser compreendido como mediador dos interesses sociais, mas também como a expressão da cultura, dos hábitos, das práticas e dos costumes de uma sociedade. Deve-se, então, buscar contribuir para a formação do pensamento político crítico, em que a análise das políticas possa valorizar os processos e os sujeitos, que são os portadores de saber e poder, envolvidos na construção da ação política governamental e não governamental, que produzem efeitos para a sociedade, não sendo restrito aos enunciados oficiais ou institucionais formais. Dessa forma, para esses autores,

> a análise de políticas se interessa também pelas formas de intervenção adotadas historicamente pelas instituições, pelas relações entre atores públicos e privados, pela sociedade civil, pelos pactos, objetivos, metas e perspectivas dos diferentes grupos sociais em disputa, os conceitos e sentidos de política. (BATISTA; MATOS, 2011A, P. 65).

Análise de políticas públicas

A análise de políticas públicas coloca em questão a ação pública do Estado, seus determinantes, suas finalidades, seus processos e suas consequências. Ao revelar os princípios políticos e ideológicos que norteiam a ação estatal, o tipo de relações estabelecidas entre os grupos demandantes, o papel exercido pelas instituições públicas, as práticas de governo instituídas e outras tantas variáveis que compõem essa complexa trama que é a construção de uma política, a análise de políticas pública possibilita maior transparência acerca do padrão político e decisório adotado pelo Estado (VIANA; BAPTISTA, 2009).

A análise de políticas públicas, de acordo com Labra (1999), consiste em um campo complexo, dinâmico e mutante, exigindo grande conhecimento teórico e de dados empíricos suficientes para que possa entender e explicar o que fazem os governos, como e por que o fazem. É clara a ideia que se trata de um assunto vasto e difícil de condensar e numerosos fatores corroboram para isso, dentre os quais se destacam as constantes mudanças das bases conceituais das formalizações, sendo preciso descrever novas variáveis,

> à medida que os sistemas políticos e as sociedades se tornam mais complexos e se interpenetram por forças da transnacionalização das economias, da mundialização dos problemas sociais causados pelo atual padrão de acumulação capitalista e pelos acelerados avanços tecnológicos. (LABRA, 1999, P. 2).

Os estudos sobre análise de políticas iniciaram-se nos Estados Unidos, a partir de 1960, com a consolidação de programas de combate a pobreza, embora já se desenvolvessem pesquisas desde os anos 1950, com o uso de enquetes e da análise estatística, em uma perspectiva multidisciplinar, envolvendo as ciências sociais (PEREZ, 2006). Posteriormente, surgiu um novo campo definido como *public policies*, *policy studies* ou *policy science*,

traduzido para o Brasil apenas como análise de políticas púbicas, voltado para analisar as relações entre governos, governantes e cidadãos. A preocupação com a explicação do processo político e a identificação de etapas distintas nesse processo surgiu, de acordo com Baptista e Rezende (2011), de forma paralela ao desenvolvimento do próprio campo de análise da política, em um contexto de busca de racionalização do Estado e da política pública.

No Brasil, os estudos de análise da política pública apresentam uma trajetória bastante recente, sendo esta uma área em consolidação e com escassa acumulação de conhecimento (VIANA; BAPTISTA, 2009). Segundo Labra (1999), no âmbito nacional, cada problema objeto de decisões e de resolução política, resulta de um conjunto de fenômenos que se traduzem em um processo de crescente setorialização, comportamentalização, de segmentação das políticas públicas e de tecnificação das decisões e de diversificação dos interesses envolvidos. A própria natureza da área política influi nas variáveis e dimensões relevantes para sua análise. Nesse contexto, não se pode dizer que exista um modelo acabado ou consensual para o estudo do processo de produção de uma determinada política, mas variadas correntes de pensamento ou abordagens que em muito contribuem para adicionar as revisões sobre o tema.

Dentre os principais modelos de formulação e análise de políticas públicas desenvolvidos para se entender melhor como e por que o governo faz ou deixa de fazer alguma ação que repercutirá na vida dos cidadãos, o método clássico é o ciclo da política, que divide o processo de uma política em etapas ou fases. Esse método originou-se de Harold Laswell, em 1951, em um contexto no qual a construção das políticas públicas era entendida a partir de uma lógica simples e linear, restrita ao âmbito governamental, e sem considerar o fato de o processo político e decisório ser um processo contínuo, interativo e complexo (BAPTISTA; REZENDE, 2011B). Posteriormente, outros analistas da política desenvolveram seus estudos, trazendo contribuições e sugerindo novos modelos, tendo como ponto de partida a identificação das características das agências públicas 'fazedoras da política'; dos atores participantes desse processo de 'fazer' políticas; das inter-relações entre agências e atores; e das variáveis externas que influenciam esse processo (VIANA, 1996).

Embora existam várias propostas de divisão do ciclo político, de um modo geral, são identificadas cinco etapas: 1) construção da agenda; 2) formulação de políticas; 3) processo decisório; 4) implementação de políticas e; 5) avaliação de políticas (NAJBERG; BARBOSA, 2006; VIANA; BAPTISTA, 2009; RIBEIRO, 2009). O ciclo da política pública considera o processo político como algo dinâmico, organizado no tempo e composto por etapas bem demarcadas e que permite, inclusive, possibilidades de aprendizagem com o próprio dinamismo do processo. Nesse sentido, a valorização deste modelo deve-se ao fato dele permitir estudar detalhadamente as diversas etapas envolvidas em um processo politico, e compreender como, em cada uma dessas etapas, as relações de poder, os processos decisórios e as relações entre os atores determinam as práticas político-administrativas (RIBEIRO, 2009).

Nesse modelo, prevalece a ideia de que

> uma política se inicia a partir da percepção de problemas, passa por um processo de formulação de propostas e decisão, segue sendo implementada, para enfim ser avaliada e dar início a um novo processo de reconhecimento de problemas e formulação de política. (BAPTISTA; REZENDE, 2011A, P. 141).

Para estas autoras, a possibilidade de perceber que existem diferentes momentos no processo de construção de uma política, apontando para a necessidade de se reconhecer as especificidades de cada um desses momentos e possibilitando maior conhecimento e intervenção sobre o processo político talvez seja a principal contribuição da ideia do ciclo da política.

Segundo Baptista e Rezende (2011B), apesar das críticas ao modelo (caráter funcionalista, racional e que tenta manter o controle sobre o processo político), o estudo dessas diferentes etapas da política ainda se apresenta como um recurso didático-metodológico importante para abordar a complexidade do processo de análise de políticas públicas e de referência no debate acadêmico.

Na perspectiva do ciclo da política, a primeira etapa constitui-se no momento de construção da agenda política, que trata da inclusão de um problema na relação de prioridades do poder público (MORAES, 2012). No âmbito da saúde, os problemas são socialmente construídos, ou seja, expressam "demandas de grupos sociais que conseguem, de algum modo, apresentar suas questões de maneira organizada e sensibilizar outros grupos para atender suas reivindicações" (PINTO; SILVA; BAPTISTA, 2014, P. 71).

Nessa perspectiva, os problemas se apresentam de maneira distinta e também ganham a atenção dos governos de modo diferenciado. Além disso, Baptista e Rezende (2011B) afirmam que os formuladores de políticas não conseguem atuar em todos os problemas o tempo todo e que apenas alguns temas são capazes de atrair a atenção dos formuladores e entrar na agenda decisória.

Um problema é considerado prioritário para integrar a agenda decisória quando mobiliza a ação política de grupos de interesse dotados de fortes recursos de poder, quando constitui uma ação de crise, calamidade ou catástrofe, ou quando representa uma situação de oportunidade (VIANA; BAPTISTA, 2009).

A definição da agenda consiste no espaço de constituição da lista de problemas ou assuntos que chamam a atenção do governo e dos cidadãos (VIANA; BAPTISTA, 2009; CARVALHO *ET AL.*, 2010; SERAFIM; DIAS, 2012). Porém, a passagem de um problema para a agenda não é, por si só, um requisito definitivo para se elaborar uma política pública a fim de solucioná-lo. Para atingir o *status* de agenda decisória de governo, um assunto ou tema precisa, de acordo com Pinto *et al.* (2014), ser alvo de atenções e envolver a interação de uma série de elementos complexos, que incluem os participantes ativos (governamentais e não governamentais) e os processos pelos quais os problemas ganham prioridade. Esses processos, de acordo com Kingdon (1984) citado por Baptista e Rezende (2011B), incluem uma combinação de fluxos independentes que atravessam as estruturas de decisão – o fluxo de problemas (*problem stream*), o fluxo de soluções e alternativas (*policy stream*) e o fluxo da política (*politics stream*). Em algum momento, esses fluxos convergem criando 'janelas de oportunidade' (*policy windows*), que possibilitam a formação de políticas públicas ou mudanças nas políticas existentes. Destaca-se, aqui, o papel dos empreendedores de política (*policy entrepreneurs*) em promover determinadas propostas políticas. É nessa etapa da conformação da agenda que os conflitos referentes a qualquer processo de tomada de decisão estão sujeitos às influências daqueles que detêm o poder. Nesse sentido, um aspecto importante observado por Pinto, Silva e Baptista (2014) diz respeito ao fato de que em alguns casos, o entrelaçamento dos fluxos que promoveram a abertura da 'janela de oportunidade' para a tomada de decisão e formulação de uma política não é suficiente para garantir a implementação da proposta, seja pelo acirramento de conflitos entre os diversos grupos de interesse, seja pela ausência de convencimento dos que se opõem à proposta.

Seguindo a perspectiva do ciclo da política, a etapa seguinte à entrada do problema na agenda decisória de governo é a formulação da política, ou seja, o momento no qual, dentro do governo, se formulam soluções e alternativas para o problema, podendo ser entendido como o momento de diálogo entre intenções e ações (BAPTISTA; REZENDE, 2011B; PINTO; SILVA; BAPTISTA, 2014). Uma vez que o governo reconhece a existência de um problema e a necessidade de fazer algo sobre ele, os *policy makers* (fazedores de política), com base nas várias opções disponíveis para enfrentar o problema, precisam decidir ou não

sobre um curso de ação. Inicia-se assim o processo de formulação da política pública (SERAFIM; DIAS, 2012). É na etapa de formulação que as opções são aceitas ou rejeitadas. É a tomada de decisão que abarca o processo de escolha, pelo governo, de soluções específicas, ou seja, é o momento em que se desenham as metas a serem atingidas, os recursos a serem utilizados e o horizonte temporal da intervenção (VIANA; BAPTISTA, 2009). Após a formulação da política, estão dadas as condições para a tomada de decisão, que abarca o processo de escolha pelo governo de uma solução específica ou uma combinação de soluções, em um dado curso de ação ou não ação. O resultado dessas etapas constitui-se na formalização das decisões por meio de medidas administrativas do legislativo (leis), do executivo (decretos, medidas provisórias e resoluções), e do judicial (interpretação das leis, entre outros), sendo essa a fase final do processo decisório (SERAFIM; DIAS, 2012).

As três etapas iniciais de construção da agenda, formulação de políticas e processo decisórios são importantes no ciclo da política, pois nelas serão definidos os princípios e diretrizes que nortearão as ações, desenhadas as metas a serem atingidas, os recursos a serem utilizados e o horizonte temporal da intervenção (PINTO; SILVA; BAPTISTA, 2014). No processo de formulação e decisão, segundo Viana e Baptista (2009), ainda há conhecimento limitado sobre o impacto efetivo das novas medidas propostas, o que explicaria muitas decisões serem adiadas para a etapa de implementação.

Dando continuidade ao ciclo da política, a etapa de implementação é, de acordo com Baptista e Rezende (2011B), a fase administrativa da política e envolve uma série de sistemas ou atividades da administração pública: o sistema gerencial e decisório, os sistemas de informação, os agentes implementadores da política, os sistemas logísticos e operacionais (recursos materiais, financeiros), dentre outros, que, segundo Viana (1996), acontecem em um espaço administrativo, por meio de um processo racionalizado de procedimentos e rotinas. Nesse sentido, a depender da complexidade e detalhamento na formulação da política, há necessidade de adequar a política à realidade, por parte dos atores implementadores, transformando as intenções em resultados observáveis. Por isso, essa etapa é considerada o momento de se colocar uma determinada solução em prática, de executar, dirigir, administrar, sendo, portanto, tratados como sinônimo de implementar (MENY; THOENIG, 1992 *APUD* NAJBERG; BARBOSA, 2006).

Contudo não se deve concluir que a etapa de implementação seja meramente uma etapa administrativa, pois envolve uma multiplicidade de questões estratégicas, políticas, interesses e atores. Nesse momento, para as autoras,

> uma definição feita na etapa de tomada de decisão pode ser modificada ou mesmo rejeitada e alterar o argumento principal da própria política; novas negociações são processadas e, por consequência, novas decisões e formulações apresentadas. (VIANA; BAPTISTA, 2009, P. 77).

Tal como as conceituações sobre análise de políticas públicas, o processo de implementação de políticas também apresenta uma multiplicidade de concepções na literatura dedicada ao tema (PEREZ, 2006), apontando para a multideterminação e complexidade (THOENING, 1994; RUA, 1997; BARDACH, 1977 *APUD* NAJBERG; BARBOSA, 2006).

A implementação de políticas é vista como um processo de interação estratégica entre vários atores com diferentes interesses, sendo comparada a um jogo, no qual as relações se entrelaçam, envolvendo uma grande quantidade de jogadores, com suas estratégias e táticas, com variados graus de incertezas. Nessa perspectiva de jogo, uma autoridade central procura induzir agentes (implementadores) a colocar em prática os objetivos e estratégias que lhe são alheias, mas a resposta dos agentes implementadores, seja de aceitação, neutralidade ou rejeição, depende do entrosamento entre formuladores e implementadores, da compreensão da política, do

conhecimento de cada fase do processo e da quantidade de mudança envolvida com a nova política. Para as autoras, este último fator apresenta-se como o mais crítico "porque determina os graus de consenso ou conflito em torno das metas e objetivos de uma política, e quanto maior a mudança, menor o consenso" (VIANA; BAPTISTA, 2009, P. 78).

Nas análises de implementação, destacam-se os enfoques *top-down* e *botton-up*, que assumem diferentes perspectivas. No enfoque *top-down,* segundo Baptista e Rezende (2011B), há o entendimento de que todo o controle está nas mãos dos 'formuladores', situados no topo das organizações, que assumem o controle dos fatores políticos, organizacionais e técnicos e a divisão de responsabilidades. Nessa concepção, os insucessos da implementação da política (em especial, a não consecução de objetivos e metas) são entendidos como desvios de rota cometidos por atores no nível local, que não foram capazes de executar a política da maneira exata como foi estabelecida.

Nessa perspectiva, o papel dos gestores e o desenho institucional da política se tornam críticos, em função dos atores envolvidos (os agentes que implementam a política e o público-alvo do programa), dos instrumentos estabelecidos e do grau de centralização dos processos (existência de um órgão especifico ou não, mecanismos de supervisão, especialização das organizações, entre outros). Para Ribeiro (2009), a forma regulatória como a política é absorvida nas organizações e o modo como as diretrizes e orientações são postas em prática, determinam o nível de qualidade dos resultados e mesmo a eficácia dos efeitos planejados. Essa referência faz relação com o modelo *top-down,* em que se espera dos implementadores o cumprimento das ações planejadas nas etapas de decisão tratando as inconsistências como desvio de rota, como abordaremos a seguir (SILVA; MELO, 2000).

O enfoque denominado *botton-up* constituiu-se a partir de críticas ao enfoque *top-down* e parte da análise das redes de decisões que se estabelecem no nível concreto de sua execução, no enfrentamento entre os diversos atores quando da implementação (PINTO; SILVA; BAPTISTA, 2014). De acordo com Baptista e Rezende (2011B), esse enfoque baseia-se na ideia de que existe sempre um controle imperfeito em todo o processo de elaboração da política, o que condiciona o momento da implementação. Esse modelo fundamenta-se em uma abordagem que assume a implementação como um processo caracterizado por um estado de tensão entre aqueles interessados em colocar a política em ação e aqueles que serão afetados por ela. A implementação, do mesmo modo que a formulação é um processo caracterizado por intensa negociação entre as partes interessadas e, por isso mesmo, o controle não está totalmente nas mãos do formulador, nem totalmente nas mãos do implementador. Nesse caso, o insucesso na implementação da política é entendido como incapacidade de negociação durante o processo (RIBEIRO, 2009).

As críticas aos enfoques *top-down* e *botton-up* levaram à constituição de uma nova geração de estudos, que revelaram novos modelos multicausais capazes de combinar questões estratégicas, política, múltiplos atores e interesses como opções de análise nos estudos de implementação (PINTO; SILVA; BAPTISTA, 2014; BAPTISTA; REZENDE, 2011B).

A última etapa do ciclo da política é a avaliação, entendida como ferramenta ou instrumento técnico útil para a formulação da política e que, segundo Baptista e Rezende (2011A, P. 153),

> tem sido amplamente debatida na literatura pelas distintas concepções atribuídas à própria ideia de avaliação, bem como pelos diversos caminhos metodológicos traçados, em função daquilo que está sendo avaliado e dos objetivos que se pretende alcançar.

A avaliação, segundo Pinto, Silva e Baptista (2014), é um dos tipos de julgamento possíveis que se faz sobre as práticas sociais, compreendidas desde as práticas cotidianas e do

trabalho até aquelas que correspondem às intervenções, formalizadas ou não em planos e programas, voltadas para a mudança de uma determinada situação.

No âmbito de uma política de saúde, a avaliação é um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Trata-se da etapa do processo de monitoramento dos resultados, pelo governo ou outro tipo de organização, que visa avaliar a política implementada e reconduzir os seus cursos. Embora seja apontada no ciclo da política como uma etapa específica, a avaliação tem sido utilizada como um instrumento voltado para subsidiar a tomada de decisões nos mais variados momentos que ocorrem ao longo das diversas etapas do ciclo, não se restringindo à avaliação de resultados da política e nem à etapa final do processo (BAPTISTA; REZENDE, 2011B).

Nessa compreensão, o momento do ciclo da política ao qual a avaliação se remete é, de acordo com Baptista e Rezende (2011B), um elemento determinante dos diferentes tipos de avaliação, e uma das tipologias utilizadas é a distinção entre avaliações *ex-ante* e *ex-post*.

Segundo Viana e Baptista (2009), os estudos de avaliação são de tipo específico e compreendem a pesquisa avaliativa e a avaliação propriamente dita. A pesquisa avaliativa consiste em fazer um julgamento após uma intervenção (*ex-post*) por pesquisadores exteriores à intervenção, utilizando métodos científicos a fim de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, objetivando ajudar na tomada de decisões (avaliações-diagnóstico). Essa etapa pode se apresentar no início do ciclo ou ao longo dele, de forma concomitante, e não apenas após a implementação da política. O objetivo dessa etapa é proceder à revisão e medição sistemática do problema. Como resultado, pode ocasionar três situações: a) auxiliar na melhoria da política; b) finalizar a política existente e 3) desenvolver uma nova política (SERAFIM; DIAS, 2012). Por outro lado, a avaliação propriamente dita é a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (avaliação de estrutura), os serviços e bens produzidos (avaliação de processo) e os resultados obtidos (avaliação de impacto), com critérios e normas.

De modo geral, conforme Viana e Baptista (2009), existem estudos de avaliação que se realizam na etapa de formulação e tomada de decisão política, denominadas de avaliações *ex-ante*, que ocorrem antes da implementação e compreendem o cálculo do custo-benefício e do custo-efetividade, visando subsidiar os formuladores de política sobre informações a respeito das possibilidades e alcance dos recursos a serem empregados. Por sua vez, as avaliações de estrutura e de processo estudam a etapa de implementação de determinada política e a avaliação de impacto estuda o efeito dos resultados. São consideradas avaliações *ex-post* por ocorrerem durante e depois da etapa de implementação, possibilitando a compreensão do desenvolvimento estratégico e a definição de novos rumos da política.

Os objetivos da avaliação dependem de quem formula a pergunta. Nesse entendimento, as práticas sociais, incluindo a gestão de serviços de saúde, podem ser orientadas por determinantes com diferentes racionalidades, como, por exemplo, a avaliação pode responder a necessidade de legitimação por parte dos gestores, de modo a retardar a tomada de decisões, a aumentar o controle sobre a intervenção e a satisfazer as exigências dos organismos financiadores (PINTO, SILVA; BAPTISTA, 2014).

Nesse ponto, é relevante discutir a diferença entre 'avaliação política', 'análise de políticas públicas' e 'avaliação de políticas públicas'. De acordo com Baptista e Rezende (2011B), a 'avaliação política' é compreendida como a análise e elucidação do critério ou critérios que fundamentam determinada política esclarecendo as razões que a tornam preferível a qualquer outra, podendo ressaltar

tanto o caráter político do processo decisório quanto os valores e critérios políticos identificáveis. Esse tipo de avaliação examina os pressupostos e fundamentos políticos de um determinado curso de ação pública, independentemente de sua engenharia institucional e seus resultados prováveis.

Por sua vez, para essas autoras, a 'análise de políticas públicas' visa realizar o exame da engenharia institucional e dos traços constitutivos do programa, que podem ser formulados e implementados de diversos modos. Assim, busca reconstituir suas características de forma a apreendê-las em um todo coerente e compreensível, dando sentido e entendimento às ambiguidades, incoerências e incertezas presentes em todos os momentos e estágios da ação pública. Aproxima-se da avaliação de processos à medida que permite identificar os fatores facilitadores e os obstáculos que operam ao longo da implementação, sem se preocupar diretamente com os resultados. Essa análise consiste em um conjunto de procedimentos significativamente complexos e exige um posicionamento ideológico claro por parte do analista, atentando para elementos de natureza mais sutil, cuja preocupação central é o processo da política, com ênfase em aspectos, como valores e os interesses dos atores envolvidos no jogo político, como a interação entre esses atores, como a arquitetura do poder e a tomada de decisões, conflitos e negociações. A análise pauta-se fortemente na apreciação dos processos que, em última instância, determinam as características gerais da política (SERAFIM; DIAS, 2012).

A atribuição da relação de causalidade entre a política e o resultado é o objetivo da 'avaliação de políticas públicas'. Sua particularidade consiste, segundo Baptista e Rezende (2011B), na adoção de métodos e técnicas de pesquisa que permitam estabelecer tal relação, ou ainda estabelecer que na ausência deste programa não houvesse o resultado mencionado, sendo clara a ligação dessa modalidade avaliativa com a avaliação de resultados.

Nesse sentido, a avaliação fundamenta-se na apreciação dos resultados da política, ou ainda nas ações, programas e projetos, focando em categorias como eficiência, eficácia e efetividade, que derivam da comparação entre metas e resultados (SERAFIM; DIAS, 2012).

Uma questão que ainda se faz necessária diz respeito às pesquisas no âmbito da análise de políticas públicas, que, de modo geral, se concentram nos processos de tomada de decisão e no momento de construção de uma dada política ou de um grupo de políticas (VIANA; BAPTISTA, 2009), raramente abordando o processo de implementação e restringindo suas análises nos níveis mais altos da decisão, com pouca vinculação e atenção aos demais níveis hierárquicos (PEREZ, 2006). Para Silva e Melo (2000), os fracassos de programas governamentais estão fortemente relacionados às dificuldades enfrentadas durante a implementação das políticas públicas. Por isso, defendem o ponto de vista de que os processos de análise de politicas públicas devem atentar, especialmente, para os processos de implementação. Assim, é fundamental essa discussão, em nível da microgestão do governo, no âmbito do processamento da política, uma vez que é no nível local que os ajustes são realizados para alcançar as prerrogativas antes desenhadas pelos fazedores de políticas.

Na perspectiva da complexidade de elementos que convergem na etapa de implementação e sua importante contribuição para a análise de políticas, faz-se necessário maior aprofundamento dessa etapa, a fim de buscar entender o processo político de forma mais dinâmica e interativa.

O processo de implementação de políticas públicas

O momento da implementação está relacionado à etapa de formulação da política, na qual, segundo Hogwood e Gunn citado por Viana e

Baptista (2009, P. 78), "há uma tendência a constituir pactos políticos abrangentes, sem uma especificação da política a ser implementada, ou dos pré-requisitos que a sustentam".

A implementação é, para Viana e Baptista (2009), o momento de intensa negociação no qual se observa a sustentabilidade dos pactos estabelecidos na etapa de formulação, revelando-se a real possibilidade de uma política, quem são os atores que a apoiam, o que cada um dos grupos disputa e seus interesses. Além disso, para essas autoras,

> estabelecem-se novos pactos, agora com novos atores, muitas vezes não-participantes do pacto inicial de formulação, como os atores responsáveis pela prestação direta de serviços e que são, na ocasião da implementação, os principais agentes da política. (VIANA; BAPTISTA, 2009, P. 78).

Nessa perspectiva, inicia-se

> um novo processo decisório, uma nova formulação da política, agora voltada para sua aplicabilidade mais imediata e já não mais sujeita a intervenções ampliadas dos grupos sociais que sustentaram a proposta previamente agendada. (VIANA; BAPTISTA, 2009, P. 79).

A etapa de implementação de uma política é considerada seu "momento crucial, onde as propostas se materializam em ação institucionalizada mediante a atuação dos agentes implementadores" (PINTO; SILVA; BAPTISTA, 2014, P. 73). Esse tem sido um aspecto crítico de discussão da análise de políticas públicas, no qual, segundo Viana e Baptista (2009, P. 78),

> a etapa de implementação tem merecido destaque na tentativa de melhor compreender por que os governos são muito melhores para fazer a legislação do que para efetuar as mudanças desejadas

e, por isso, tem sido entendida como a variável central para a explicação do insucesso dos governos em atingir os objetivos estabelecidos no desenho de políticas públicas. Essa constatação tem chamado a atenção para a centralidade dos problemas de implementação de políticas como elemento-chave no aperfeiçoamento da ação governamental. Apesar da importância para o sucesso prático da ação do governo, o processo de implementação tem sido considerado o 'elo perdido' da análise da ação governamental (SILVA; MELO, 2000).

Ao debruçar-se sobre as razões que justificam o reconhecimento da etapa da implementação como o 'elo perdido', alguns estudos sobre as políticas destacam o reconhecimento tardio da importância da implementação de políticas públicas devido ao fato de seus estudiosos possuírem um viés tradicional das ciências políticas, focado na análise dos processos legislativos ou administrativos do executivo (CARVALHO *ET AL.*, 2010).

Outro aspecto importante é o fato de que as ações governamentais pouco exploram essa etapa do ciclo da política, que segundo Viana e Baptista (2011), diz respeito ao baixo compromisso dos políticos com o momento de implementação, aceitando que lhes caiba o ônus da formulação, do qual prestam contas. Nesse contexto, problemas não antecipados e/ou desconsiderados que surgem durante a implementação da política podem representar obstáculos intransponíveis, os quais, por sua vez, podem levar a sua descontinuidade (SILVA; MELO, 2000). Nesse sentido, Carvalho *et al.* (2010) afirmam que um grave problema da formulação, que não é vista como problemática, é considerar o diagnóstico como necessariamente correto e que o formulador dispõe das informações suficientes para desenhar a proposta da política. Além disso, é reconhecida uma divisão institucionalizada entre aqueles que formulam e os que implementam uma política, sendo estes últimos capazes de identificar os pontos-chave da operacionalização devido ao seu conhecimento técnico (VIANA; BAPTISTA, 2009). Com esse entendimento, ressalta-se o trabalho de Pressman e Wildavsky *apud* Ribeiro (2009) que alerta para os 'contratempos' vivenciados durante a etapa de implementação e chama a

atenção para a necessidade de estudos específicos sobre essa etapa. Caso a implementação de uma política dependa das ações de muitos atores, em muitas instâncias, o nível de aceitação e colaboração de cada um deles deve ser total, para que a implementação ocorra conforme foi planejada. Caso haja, em qualquer das instâncias, uma colaboração menor do que a necessária haverá o que Wildavsky chama de déficit de implementação. A cumulação de déficits de implementação colocará os objetivos da política em risco, ou, na melhor das hipóteses, diminuirá os efeitos dos resultados previstos quando da formulação da política. Nesse caso, a implementação é a etapa marcada pela imprevisibilidade e, portanto, pela perda de controle por parte do formulador da política, pois não é possível prever todas as situações envolvidas no processo de implementação de uma política (CUNHA, 2001).

Com relação aos problemas de implementação, no contexto prático da vida cotidiana, um aspecto relevante diz respeito à alta complexidade do processo de implementação de uma política e, sobretudo, a sua capacidade de gerar consequências sobre o funcionamento das organizações de saúde, especialmente nos municípios de pequeno porte. De acordo com Viana e Baptista (2009), a própria complexidade desse processo demanda um conhecimento sólido e prévio das múltiplas variáveis que influem no processo político e que, por mais controladas que sejam, apresentam um comportamento independente, não linear. Nesse sentido, a análise da etapa de implementação não é tarefa fácil, seja por conta do número de atores envolvidos, seja pela quantidade de tarefas a serem executadas, em um curto espaço de tempo. Por isso a importância de acompanhamento minucioso desta etapa, visando superar as barreiras e resistências que operam em tais situações, bem como identificando aspectos e situações que eventualmente necessitem de ajustes e correções por parte dos formuladores da política (RIBEIRO, 2009).

Aprofundando a reflexão sobre os problemas na etapa de implementação, destaca-se a grande atenção dispensada à etapa de avaliação do processo de implementação, em detrimento da análise de implementação, na qual se adota um posicionamento voltado para o alcance ou não alcance dos resultados definidos na etapa de elaboração da política. Importante reafirmar que avaliação e análise, embora explorem o mesmo objeto central, a política pública, constituem-se em exercícios distintos (CAVALCANTE, 2005). Outro aspecto a ser ressaltado diz respeito ao campo de análise de políticas públicas, que ainda permanece centrado nos processos decisórios, não atentando para o processo de implementação (FARIA, 2003).

O diagnóstico sobre a implementação como 'elo perdido', segundo Silva e Melo (2000), está ancorado em uma visão inadequada do processo de formulação e implementação de políticas, e baseia-se na abordagem *top-down* ou *botton-up*. Esses autores trazem uma reflexão sobre os modelos de análise do ciclo de políticas. O primeiro deles é o modelo clássico. Esse modelo considera os aspectos relacionados à etapa de implementação e os seus efeitos retroalimentadores sobre a formulação da política, ou seja, essa visão não considera o ciclo da política como um processo, mas sim como um jogo de uma só rodada em que a ação governamental é implementada de cima para baixo (*top-down*). Nessa visão, a implementação corresponde à execução de atividades que permitem que ações sejam implementadas com o objetivo de atingir as metas definidas nas etapas anteriores, como um processo preestabelecido, com regras e procedimentos bem definidos, em que os formuladores têm total controle do processo. Nesse caso, o insucesso na implementação significa que, em algum ponto do processo, os procedimentos foram mal executados ou mal-entendidos. Essa visão simples é criticada porque não considera toda a dinâmica que se estabelece na relação entre os indivíduos e entre os grupos, os conflitos de interesses e a capacidade de influencia que cada ator ou grupo exerce sobre o processo de implementação (RIBEIRO, 2009). Para Silva e Melo (2000), a adoção dessa

perspectiva pressupõe um olhar ingênuo e irrealista do funcionamento da administração pública e consagra uma visão *top-down* da formulação e desenho dos programas, em que os problemas de implementação são vistos como 'desvios de rota'.

No modelo menos simplista, no qual a formulação e a implementação são vistas como um processo, a implementação é tratada como dimensão importante e complexa (*botton-up*). Nesse processo, propõe-se que o monitoramento e avaliação sejam instrumentos que permitirão correção de rota. As vivências, obstáculos e problemas identificados na implementação são resultados relacionados à capacidade institucional dos agentes implementadores da política. Outra questão a ser destacada é que, na implementação dos programas, esses problemas são de natureza política e podem ser derivados da resistência e boicotes realizados por aqueles que são afetados negativamente pela política (SILVA; MELO, 2000).

Essa perspectiva de análise do ciclo da política como um processo representa, segundo Silva e Melo (2000), um avanço em relação ao modelo anterior, porém, ela se assenta em uma premissa equivocada ao conferir uma primazia excessiva à atividade de formulação, assumindo que o diagnóstico que informa a formulação está essencialmente correto, o formulador dispõe de todas as informações necessárias ao desenho das propostas programáticas, e o formulador dispõe de um modelo causal válido. Como crítica a esses dois modelos, estudos de situações concretas propõem que a implementação deva ser vista com um jogo no qual prevalecem, enquanto princípios organizadores, a troca, negociação e barganha, dissenso e a contradição quanto aos objetivos. Assim, a etapa da implementação pode ser representada "como um jogo entre implementadores onde papéis são negociados, os graus de adesão ao programa variam, e os recursos entre atores são objeto de barganha" (SILVA; MELO, 2000, P. 10).

Embora o grande número de referenciais sobre políticas de saúde seja americano, Silva e Melo (2000), chamam a atenção para a especificidade do contexto institucional e organizacional brasileiro, dentre as quais destacam-se a sua complexidade e forte diferenciação funcional, e principalmente os problemas de coordenação e cooperação intergovernamental.

Ressalta-se ainda, segundo Silva e Melo (2000), a importância do reconhecimento do jogo político como essencial à vida democrática e fundamental para o controle social da ação do governo. Nesse sentido, a implementação passa a estar fortemente imbricada em estruturas de governança, entendida enquanto regras do jogo e arranjos institucionais que dão sustentação à cooperação, coordenação e negociação.

O que é comum a essas contribuições é a recusa à noção de implementação como uma simples etapa subsequente à formulação. A implementação é aqui entendida como uma instância racional e compreensiva, um processo autônomo no qual decisões cruciais são tomadas e não somente 'implementadas'. Nesse sentido, o agente implementador toma as decisões de uma política setorial de tal forma, que a adesão normativa do agente implementador é variável decisiva do seu sucesso. Logo, a implementação 'cria' políticas e, constantemente, orienta novas políticas. Além disso, como a implementação implica em tomada de decisões, constitui-se fonte de informações para a formulação de políticas (SILVA; MELO, 2000).

Nessa perspectiva, a ideia de avaliação como instrumento de correção de rota deve ser substituída pela noção do aprendizado na implementação de uma política pública, que enfatiza a aprendizagem, evolução, adaptação e a implementação como decisão política, em ambientes institucionais democráticos e descentralizados. Alguns problemas da implementação são discutidos como elementos centrais dessas contribuições, em que se deve consolidar a ideia de que é necessário ter uma visão estratégica dos problemas de implementação, bem como a incorporação de questões críticas, como a viabilidade política de políticas e os problemas de coordenação

interorganizacional. Esse novo desenho estratégico deve incluir a identificação de redes complexas de atores, compostas por formuladores, implementadores, grupos de pessoas envolvidos na política e beneficiários, que dão sustentação política e legitimidade.

Nesse sentido, o conceito de implementação como rede de aprendizado mostra-se mais apropriado, pois as políticas públicas são implementadas por meio de redes de agentes públicos e não públicos. O ciclo da política, nessa perspectiva, não pode ser concebido de forma simples e linear, sendo melhor representado por redes complexas, compostas por atores que dão sustentação à política e por 'nós críticos' ou 'elos críticos', que

> representam os pontos no tempo onde questões referidas ao processo de sustentação política dos programas, de coordenação interinstitucional e de capacidade de mobilizar recursos institucionais se conjugam. (SILVA; MELO, 2000, P. 14).

Nesse momento de conjugação, para esses autores, produz-se uma espécie de 'crise', concretizada no processo de tomada de decisão por um ator estratégico, cujo desenlace impele o programa em uma nova direção. Assim, a visão da implementação enquanto aprendizado e articulada em uma rede de atores constitui um quadro de referências que permite uma representação mais consistente dos mecanismos de implementação de políticas.

Considerações finais

A operacionalização da política apresenta inúmeros entraves no nível local permeados por questões estratégicas, por interesses e por múltiplos atores, considerados aspectos determinantes para o sucesso ou insucesso da política. Nesse sentido, a ideia de implementação de políticas não pode ser restrita ao cumpra-se da política nem ao pressuposto de que a decisão da autoridade pode ser automaticamente cumprida.

Analisar o processo de implementação representa a oportunidade de compreender os processos implicados para alcance dos efeitos esperados na etapa de elaboração da política e aponta para dimensões cruciais no sentido de explicar os insucessos dos governos em atingir os objetivos definidos na etapa de definição da política, podendo constituir-se em um processo de aprendizagem.

Nesse sentido, a implementação deve ser reconhecida como uma etapa fundamental dentro da análise de políticas pública, sendo primordial buscar analisar como os arranjos locais se comportam frente a uma determinação governamental para implementar ações, programas e políticas. Compreender o que leva os agentes implementadores de políticas a torná-las realidade, objetivando serem efetivas e alcançar os objetivos formulados consiste em uma análise complexa que merece ser difundida e discutida amplamente, de forma que seja incorporada pelos analisadores de política e possam colaborar para solucionar entraves que dificultam a implementação de políticas públicas, bem como reforçar as estratégias e experiências de sucesso. Nessa perspectiva, o ciclo da política deve ser entendido como um processo contínuo, sem um fim definido ou produtos finais, em que os conflitos, frutos da implementação, podem ou não manifestar-se em um novo padrão de comportamento nas instituições.

A elaboração e aplicação de metodologias de análise que deem conta da complexidade desse campo e que apreendam o desenho de estruturas de incentivo que promovam arranjos cooperativos em redes de implementação merecem ser discutidas e reforçadas, para além de instrumentos de avaliação para correção de rota, como instrumentos analisadores estruturados que promovam discussões de caráter estratégico e possibilitem reflexões sobre os determinantes da política pública. Por fim, resgatar a etapa da implementação desvendando esse 'elo perdido' ao ponto de conferir a ele uma posição chave dentre do processo da política mostra-se como o caminho para fortalecer a ação governamental. ■

Referências

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2013.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. 2011a. p. 138-172. Disponível em: <www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps>. Acesso em: 25 set. 2013.

BAPTISTA, T. W. F; MATTOS, R. A. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. 2011b. p. 52-91. Disponível em: <www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps>. Acesso em: 25 set. 2013.

BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUITO ,G. *Dicionário de Política*. 11. ed. Brasília, DF: UnB. 1998.

CARVALHO, M. L. et al. *Implementação de política pública:* uma abordagem teórica e crítica. X Colóquio Internacional sobre Gestión Universitaria em América del Sur. Balance y propoectiva de la Educación Superior em el marco de los Bicentenarios de Amércia del Sur. Mar del Plata, dezembro de 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/97020/IMPLEMENTA%C3%87%C3%83O%20DE%20POL%C3%8DTICA%20P%C3%9ABLICA%20UMA%20ABORDAGEM%20TE%C3%93RICA%20E%20CR.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 maio 2013.

CAVALCANTI, P. A. O conceito de avaliação de políticas, programas e projetos. In: PEREZ, J. R. R. et al. (Org.). *Estudo, pensamento e criação:* planejamento educacional e avaliação na escola. Campinas: Unicamp, 2005.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 219-246.

CONTARATO, P. C. *Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da Política de Saúde Bucal no município de Vitória, do Espírito Santo*. 163 p. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011.

CUNHA, E. M. *Regra e realidade na constituição do SUS municipal:* implementação da NOB 96 em Duque de Caxias. 2001. 144 f. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000054&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2014.

FARIA, C. A. P. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais,* São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-30, fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v18n51/15984.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2014.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 23-64.

LABRA, M. E. Análise de políticas, modos de policy-making e intermediação de interesses: uma revisão. *Physis,* Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, dez. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103--73311999000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar. 2013.

LOPEZ, S. B.; MOREIRA, M. C. N. Quando uma proposição não se converte em política?: O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens – PNAISAJ. *Ciênc. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000400031&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 nov. 2013.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciênc. saúde. colet.*, Rio de Janeiro , v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2013.

MORAES, K. G. *Análise do processo de implementação da política de educação permanente em saúde no Distrito Federal.* 2012. 140 f. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Brasília, Brasília, 2012.

NAJBERG, E.; BARBOSA, N. B. Abordagens sobre o processo de implementação de políticas públicas. *Revista do Centro de Ciências Sociais Aplicadas,* São Paulo, v. 3, n. 2, jul/dez. 2006. p. 31-45. Disponível em: <http://encontroamericalatina.ccsa.ufrn.br/ojs/index.php/interface/article/view/203/181>. Acesso em: 04 jun. 2013.

PAIM, J. S; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, v. 40, n. especial, p. 73-78, 2006.

PEREZ, J. R. R. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: RICO, E. M. (Org). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate.* Editora Cortez. 6. ed. São Paulo. 2006, p. 65-73.

PINTO, I. C. M.; SILVA, L. M. V.; BAPTISTA, T. V. F. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM. J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde coletiva:* teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 69-81.

RIBEIRO, J. L. L. S. A avaliação como uma política pública: aspectos da implementação do SINAES. In: LORDÊLO, J. A. C.; DAZZANI, M. V. (Org.). *Avaliação educacional:* desatando e reatando nós. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 57-84. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/wd/pdf/lordelo-9788523209315.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2013.

SERAFIM, M., DIAS, R. Análise de política: uma revisão da literatura. *Cadernos Gestão Social,* Salvador, v. 3, n. 1, maio 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.adm.ufba.br/index.php/cgs/article/view/213>. Acesso em: 04 jun. 2013.

SILVA, P. L. B; MELO, M. A. B. *O processo de implementação de políticas públicas no Brasil:* características e determinantes da avaliação de programas e projetos. UNICAMP. 2000. Disponível em: <http://governanca-egestao.files.wordpress.com/2008/05/teresa-aula_22.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2013.

SOLLA, J. *Dilemas e Desafios da gestão municipal do SUS*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2010.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 16, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 20 jun. 2013.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública,* Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, mar./abr. 1996.

VIANA, L. A.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 65-105.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em dezembro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Bioética e mapeamento genético na seleção de trabalhadores

Bioethics and genetic mapping in the selection of workers

Albany Ossege[1], Volnei Garrafa[2]

RESUMO O artigo analisa a ética na utilização do mapeamento genético, na seleção de trabalhadores. Discorre sobre a Terceira Revolução Industrial e o perfil genético dos trabalhadores, ponderando os prós e contras do possível uso da seleção genética. Discute a utilização das informações genéticas e sua repercussão na saúde do trabalhador, bem como as obrigações éticas envolvidas. Recorre aos fundamentos da bioética com foco nas Declarações da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). Finaliza ressalvando que o progresso científico e tecnológico deve ser entendido pelas empresas e pela legislação como instrumento de inclusão e acolhimento, e não como forma de discriminação e exclusão.

PALAVRAS-CHAVE Bioética; Mapeamento cromossômico; Trabalhadores; Mercado de trabalho.

ABSTRACT *The article examines ethics in the use of genetic mapping in the selection of workers. It discusses about the Third Industrial Revolution and the genetic profile of the workers, considering the pros and cons of the possible use of genetic selection. It discusses the use of genetic information and its repercussion on workers' health, as well as the ethical obligations involved. It appeals to the bioethics pleas with focus on the statements of the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Unesco). It concludes ensuring that scientific and technological progress must be understood by the companies and legislation as an instrument of inclusion and acceptance, and not as a form of discrimination and exclusion.*

KEYWORDS *Bioethics; Chromosomal mapping; Workers; Job market.*

[1] Universidade de Brasília (UnB), Programa de Pós-Graduação em Bioética – Brasília (DF), Brasil.
ossege@terra.com.br

[2] Universidade de Brasília (UnB), Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva – Brasília (DF), Brasil.
garrafavolnei@gmail.com

 DOI: 10.1590/0103-110420151040415

Introdução

Este artigo tem como objetivo debater a eticidade da utilização do mapeamento genético na seleção de trabalhadores. Se, por um lado, a referida técnica pode proporcionar segurança à saúde dos operários no mercado de trabalho, por outro, pode suscitar variadas formas de discriminação genética.

A relevância do tema é corroborada pelo momento atual de desenvolvimento da humanidade a partir da Terceira Revolução Industrial, com a utilização massiva da informação e da comunicação, e do recurso de modernas tecnologias que objetivam aumentar a produção e a lucratividade a qualquer custo. Assim, o conhecimento prévio do perfil genético de trabalhadores passa a ser de grande interesse para as organizações empresariais, podendo abafar os interesses desses mesmos trabalhadores e, consequentemente, seus direitos.

Ao mesmo tempo, contudo, a utilização do mapeamento genético na seleção de trabalhadores pode protegê-los de postos de trabalhos insalubres ou que venham a desencadear patologias, proporcionando ao campo da saúde ocupacional a utilização de tal conhecimento para promover políticas de proteção à saúde do trabalhador, além de medidas de prevenção ao adoecimento laboral.

Diante dessas possibilidades, cabe a ponderação bioética sobre a eticidade da utilização desse conhecimento. Questões envolvendo o direito à privacidade da pessoa, à segurança individual e coletiva, além da atribuição de responsabilidades e obrigações, tornam-se imprescindíveis para que se possam analisar as implicações do conhecimento gênico no âmbito laboral.

Neste trilho, o presente estudo buscará discutir, a partir da Terceira Revolução Industrial, a utilização do perfil genético e do mapeamento gênico na seleção do trabalhador pós-moderno, nos processos relacionados à sua seleção para o mercado de trabalho.

Por fim, o texto reforça a necessidade do aporte bioético na condução do tema por meio da instituição de Termos de Consentimento Informado, firmados pelos trabalhadores, e de Termos de Responsabilidade Ética, firmados pelos empregadores. Tais pré-requisitos devem ser necessariamente incorporados às legislações especificamente relacionadas ao tratamento das informações genéticas e à sua utilização no campo laboral. Evidencia-se, com este artigo, a necessidade de sedimentar limites éticos ao uso dos dados genéticos dos trabalhadores.

A Terceira Revolução Industrial e o perfil do trabalhador pós-moderno

Castells (1999) faz distinção entre duas Revoluções Industriais: a Primeira teria sido impulsionada pela descoberta da energia a vapor no final do século XVIII; e a Segunda, desencadeada pela invenção da energia elétrica em meados do século XIX. De acordo com Rossato (2001, p. 156), "a terceira revolução industrial caracterizou-se pelo grande avanço da tecnologia, automação dos processos e onipresença da informática".

Para Quintaneiro, Barbosa e Oliveira (2003), as questões trabalhistas despontaram no século XVIII como consequência da Primeira Revolução Industrial e do surgimento da classe proletária. No entanto, com a Segunda Revolução Industrial, a eletricidade contribuiu para a reprodução em larga escala da capacidade produtiva do trabalhador, e os limites do ciclo de claridade do dia e escuridão da noite deixaram de ser referência de produção. Nesse período, as relações de trabalho passaram a ser cada dia mais discutidas, promovendo debates acalorados até os dias de hoje.

Atualmente, com a Terceira Revolução Industrial ou Revolução Tecnológica, questões que dizem respeito ao valor do trabalho

e à produtividade do trabalhador são redefinidas concomitantemente ao uso tecnológico cada vez mais acessível e barato para as empresas. Desta maneira, a tecnologia que constantemente traz inovações demanda também mudanças nas formas de gestão do trabalho e impõe aos empregados a utilização de novas ferramentas laborais e o aperfeiçoamento necessário para promover a melhoria da produtividade individual e, consequentemente, das instituições.

Neste sentido, podem-se perceber as transformações ocorridas nas empresas ao lembrarmos que, no período compreendido como Segunda Revolução Industrial, o trabalho desempenhado por seres humanos e animais começou a ser substituído por máquinas e equipamentos mais modernos. De acordo com Campos (2000), Fayol e seus seguidores criaram a Teoria Clássica em Administração, propondo a ideia de que, para que a empresa aumente sua eficiência, ela necessita optar por estruturas e funcionamentos apropriados. Deste então, as instituições têm como uma de suas metas encontrar novas formas de melhorar o desempenho de trabalhadores e máquinas com o aperfeiçoamento dos métodos de trabalho.

O modelo capital-trabalho desenvolvido na Segunda Revolução Industrial ainda hoje visa otimizar recursos, diminuir investimentos e auferir maiores lucros. Tal processo é a principal ferramenta que impulsiona o paradigma do capitalismo pós-moderno, sendo alicerce para novos padrões de gestão no campo industrial capitalista. Mattoso (1995) explica que a contemporaneidade traz mudanças sociais intensas, inclusive para os processos de trabalho, denominados Reestruturação Produtiva, ou Reconversão Econômica, ou Nova Ordem Econômica Mundial, ou Terceira Revolução Industrial.

Na atualidade, a tipologia do valor do trabalho tem se ressignificado. Na Primeira e na Segunda Revolução Industrial, a energia humana era potencializada nos corpos dos trabalhadores: o trabalho braçal impulsionava o capitalismo e a lucratividade das empresas. Atualmente, com o advento da Terceira Revolução Industrial, este tipo de força produtiva tem se tornado o ativo secundário das organizações. O cérebro humano é que se destaca, o conhecimento individual torna-se cada vez mais valorizado, a capacidade da empresa de produzir conhecimento tem se mostrado como o novo padrão de lucratividade e desenvolvimento organizacional. Gorz (2005, p. 29) analisa este momento de transição assim:

> É esta última [a inteligência geral], e não mais o trabalho social abstrato imensurável segundo um único padrão, que se torna a principal substância social comum a todas as mercadorias. É ela que se torna a principal fonte de valor e de lucro, e assim, segundo vários autores, a principal forma do trabalho e do capital.

As empresas contemporâneas tendem a adaptar-se ao novo padrão empresarial. Este movimento é impulsionado pela força produtiva tecnológica global, cujos avanços em tecnologia abrangem desde a mão de obra do trabalhador até a forma com que o mesmo significa e valoriza o seu próprio trabalho. Hoje, a força de trabalho ascendente é o 'capital intelectual', a racionabilidade empresarial que impulsiona seu crescimento e desenvolvimento, configurando-se em uma nova forma de empreender. Klein (1998, p. 1) distingue o capital intelectual do financeiro: "Entenda como capital intelectual de uma empresa o seu conhecimento, experiência, especialização e diversos ativos intangíveis em vez do tangível, físico e financeiro".

A força de trabalho pós-moderna está no cérebro dos trabalhadores. A energia humana dos seus cérebros move a engrenagem que mantém vivas as empresas. Pelo menos por enquanto, as máquinas ainda não são totalmente capazes de produzir conhecimento por si só. Nonaka e Takeuchi (1997) corroboram este pensamento indicando que apenas os indivíduos podem criar conhecimento.

Diante desse cenário, pelo efeito das profundas e rápidas mudanças tecnológicas, se manter no mercado cada vez mais competitivo e capitalizar riquezas têm se tornado um desafio constante das organizações capitalistas. Para alcançar competitividade, as empresas selecionam e procuram reter profissionais inteligentes, criativos e motivados, de forma a gerar novos saberes que garantam sua constante sustentabilidade organizacional. A vida da empresa atual depende, portanto, dentre outras demandas, do capital humano extremamente qualificado e adaptado à realidade dos negócios.

Do mesmo modo, os profissionais contemporâneos sabem que sua empregabilidade, em um mundo laboral constituído por máquinas cada vez mais inteligentes, as quais fazem e/ou auxiliam desde trabalhos mais simples aos mais complexos, depende do grau de conhecimento e das competências que detêm ou estão dispostos a adquirir.

Diante das constantes exigências, por parte das empresas, de um grau mínimo de instrução para o exercício de atividades anteriormente consideradas simples e sem necessidade de comprovação de escolaridade, os trabalhadores têm sido levados a investir cada vez mais em educação profissional. Esta nova visão imposta aos trabalhadores é explicada por Gay (1998, p. 63):

> No discurso da excelência, o trabalho é caracterizado não como uma obrigação dolorosa imposta sobre os indivíduos, nem como uma atividade realizada apenas por aquelas pessoas interessadas em satisfazer suas necessidades instrumentais. O trabalho é em si mesmo um meio para autorrealização, e o caminho para o lucro da empresa se constitui também um atalho para o autodesenvolvimento e crescimento do próprio indivíduo.

O chamado 'capital humano' vem se tornando uma ferramenta estratégica para os negócios das empresas. Para Senge (1990), é essencial para as empresas a promoção do processo de aprendizado. Com a educação corporativa, nasce uma nova forma de relação capital-trabalho. Neste contexto, tem se formado um contingente de trabalhadores cada dia mais esclarecidos no tocante aos seus próprios direitos. Ainda assim, contudo, tal movimento não consegue erradicar os efeitos nocivos da mais-valia.

Para Oliveira (2003, p. 135), na

> Terceira Revolução Industrial, ou Revolução Molecular-Digital, em combinação com o movimento de mundialização do capital, a produtividade do trabalho dá um salto mortal em direção à plenitude do trabalho abstrato.

O que impõe ao trabalhador pós-moderno uma insegurança constante em relação à sua qualificação e empregabilidade. A condição de trabalhador qualificado torna-se rapidamente transitória, demandando novos conhecimentos.

De acordo com Bell (1974, p. 146),

> [...] a perda de importância da indústria repercute sobre o operariado. Ela acarreta uma diminuição do trabalho operário e, em contrapartida, um incremento do trabalho dedicado aos serviços".

Ainda segundo o autor,

> [...] a classe de operários manuais e não qualificados está-se reduzindo [...] enquanto [...] a classe dos trabalhadores qualificados vai se tornando predominante. (BELL, 1974, p. 380).

A heterogeneização do trabalho, diferencial do século XXI, impõe ao trabalhador a necessidade de adaptar-se a um mundo plural de atividades, com empregos que exigem funções multifacetadas e difusas. As perspectivas de postos de trabalho pluralizados estão pulverizadas no cotidiano social, como demonstra Carelli (2004, p. 17):

> O trabalho temporário, o estágio, o trabalho em tempo parcial, autônomos, falsos autônomos, cooperados, trabalhadores organizados

> em forma empresarial, eventuais, avulsos, freelancers, domésticos, diaristas, horistas, empreiteiros, subempreiteiros, trabalhadores com emprego partilhado *(job sharing)*, trabalhadores à distância, contrato de solidariedade externo ou expansivo, trabalhadores engajados em contratos civis etc.

Assim, pode-se imaginar que a mudança de paradigma relacionada à potencialidade intelectual do trabalhador deve continuar impondo ao profissional do século XXI a mais-valia, uma vez que o mesmo se submete à lógica contemporânea da produtividade, que é inevitavelmente capitalista, e ainda em virtude da exigência de adequação do trabalhador ao perfil dos poucos postos de trabalho disponíveis. Conforme o pensamento de Meneleu (1996), os empregados acabam aceitando as condições de trabalho por causa do desemprego.

A cultura relacionada à força do trabalho sob o ponto de vista capitalista continua a mesma: otimização da mão de obra; aumento da produtividade; e diminuição dos encargos e dos salários. Neste contexto, as empresas da Terceira Revolução Industrial procuram distinguir, entre o imenso contingente de trabalhadores disponíveis e de algum modo preparados, o perfil ideal para suprir suas necessidades. Para tanto, instituem em seus organogramas os departamentos de gestão de pessoas, responsáveis pela divisão de recrutamento e seleção de pessoal, incluindo o tema da genética entre suas atribuições.

Seleção de trabalhadores, genética e saúde

A biotecnologia vem se desenvolvendo de forma acelerada especialmente após os estudos que culminaram na manipulação da estrutura do DNA. Meidanis e Setubal (1997, p. 6) esclarecem o conceito de DNA:

> O Ácido Desoxirribonucleico nada mais é do que uma cadeia de simples moléculas, sua estrutura é constituída por duas fitas (duplo filamento) descobertas por James Watson e Francis Crick em 1953, que são ligadas por meio de bases nitrogenadas.

As pesquisas nesta área estão cada vez mais avançadas. Os referidos autores já previram, há 15 anos: no futuro "[...] o tratamento de doenças genéticas poderá ser feito com base nos dados produzidos pelo Projeto Genoma" (MEIDANIS; SETUBAL, 1997, P. 23).

De fato, em 2003, cientistas anunciaram o término do Projeto Genoma Humano (PGH). O genoma é definido no Dicionário Escolar da Língua Portuguesa, da Academia Brasileira de Letras (2008, P. 632), como "o conjunto de todos os genes de uma espécie de ser vivo". De acordo com a publicação do Lister Hill National Center for Biomedical Communications (2013, P. 5), o Projeto Genoma Humano estudou a sequência "exata dos 3 bilhões de pares de bases de DNA que constituem o genoma humano, e encontrou cerca de 20 mil a 25 mil genes humanos", o que o permitiu identificar fatores individuais de suscetibilidade a doenças.

Essas informações podem ser utilizadas pelo indivíduo, levando-o a evitar situações de exposição a substâncias químicas ou físicas, ou ainda como forma de monitorar e procrastinar doenças genéticas de manifestação tardia. Para Collins (2003), este instrumento vem sendo utilizado para identificar genes associados a várias doenças, tais como os cânceres de mama, cólon e próstata; diabetes; e asma, entre outras. Diante destas descobertas e possibilidades, as instituições pós-modernas tendem a sucumbir à tecnologia que permite o mapeamento genético do trabalhador, argumentando que a disponibilidade deste conhecimento e a imposição legal da responsabilidade pela proteção da saúde do trabalhador fundamentaria a utilização de técnicas de testagem genética no tocante à promoção da saúde no trabalho e à prevenção do adoecimento laboral.

Neste sentido, a Constituição Federal brasileira assegura como direito do trabalhador "a redução dos riscos inerentes ao trabalho,

por meio de normas de saúde, higiene e segurança" (BRASIL, 1988, P. 19). Da mesma forma, as demais diretrizes legais relacionadas ao trabalho têm como finalidade garantir a integridade da vida do trabalhador, preservando sua saúde física e psíquica, de modo especial, em funções e ambientes que vulnerabilizam os trabalhadores.

De acordo com Fritschi e Driscoll (2006), estima-se que 10,8% das ocorrências de câncer (excluindo pele não melanoma) em homens e 2,2% dos casos de câncer em mulheres são originados pela exposição ocupacional. Diante de estatísticas alarmantes, o Instituto Nacional do Câncer (Inca) menciona as doenças relacionadas ao trabalho, classificando-as em duas vertentes:

> A primeira é como doença profissional, quando existe relação direta com condições de trabalho específicas, a exemplo do desenvolvimento de osteossarcoma em adultos por exposição à radiação ionizante e do mesotelioma de pleura por exposição ocupacional ao asbesto (amianto). A nomenclatura adequada para esse tipo de doença é câncer ocupacional. A segunda forma, que engloba a maioria das neoplasias, é a doença relacionada ao trabalho, isto é, que tem sua frequência, surgimento ou gravidade modificados pelo trabalho. Na prática, a caracterização etiológica ou de nexo causal será essencialmente de natureza epidemiológica, seja pela observação de um excesso de frequência em determinados grupos ocupacionais ou profissões, seja pela ampliação quantitativa ou qualitativa do espectro de determinantes causais, que podem ser conhecidos a partir do estudo dos ambientes e das condições de trabalho. A eliminação desses fatores de risco reduz a incidência ou modifica o curso evolutivo da doença ou agravo à saúde. (INCA, 2012, P. 18).

Cabe ressaltar que as empresas conscientes do nexo causal com o possível adoecimento do trabalhador podem, através do mapeamento genético, além de mostrar preocupação com a saúde do empregado, também se beneficiar com a redução de eventuais processos judiciais, os quais têm o respaldo de legislações que protegem a saúde do trabalhador. De acordo com Sussekind (2004, P. 75):

> [...] os tratados internacionais têm tido marcada influência no campo das relações de trabalho, principalmente as convenções adotadas no âmbito da Organização Internacional do Trabalho (OIT), desde 1919.

Destaca-se, como exemplo, a exigência da Convenção OIT 161, a qual determina que

> [...] os serviços de saúde no trabalho deverão ser informados dos casos de doença entre os trabalhadores e das ausências do trabalho por razões de saúde, a fim de poder identificar qualquer relação entre as causas de doença ou de ausência dos riscos para a saúde que podem apresentar-se nos lugares de trabalho. Aprovada na 71ª reunião de Genebra em 1985. (OIT, 1985).

Vale a pena refletir sobre o fato de que o processo de seleção de trabalhadores tem como principal meta alocar o melhor perfil de candidato que se ajuste ao posto de trabalho em aberto. Recorde-se, ainda, que os procedimentos de seleção de profissionais precedem a contratação e, portanto, em tese, não se encontram sob a égide das legislações trabalhistas devido à não existência de um contrato formal de trabalho naquele momento. Inexiste, ainda, um Termo de Consentimento Informado redigido para os candidatos a serem contratados no momento do processo de triagem, ou seja, os procedimentos operacionais do processo de seleção são construídos e validados pelas próprias empresas.

Deste modo, as organizações escolhem de forma independente as metodologias seletivas, que incluem a análise de currículos e títulos, e a aplicação de questionários com perguntas pessoais e provas de conhecimentos gerais e específicos, além de observações psicológicas

em simulações racionais e comportamentais, entre outras, obedecendo apenas a preceitos gerais previstos no Artigo 5º da Constituição Federal (BRASIL, 1988), que dispõe que todos os brasileiros são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza.

Leite e Rios (2008, P. 169) advertem que,

> diante da inexistência de previsão legal, a seleção e seus métodos devem seguir o princípio da boa fé, de modo que do empregador é exigida uma atitude lícita na utilização dos métodos de investigação.

Este é um direcionamento importante, uma vez que, depois de firmar o contrato de trabalho, o empregador contrai o poder empregatício, com direitos e obrigações relativos à prestação de serviços determinados e acordados com o empregado na forma da Lei. Delgado (2010, P. 597) define o poder empregatício como o "conjunto de prerrogativas asseguradas pela ordem jurídica e tendencialmente concentrada na figura do empregador, para exercício no contexto da relação de emprego".

Mediante este poder, o empregador realiza a gestão do trabalho do empregado e do ambiente laboral, cabendo a ele selecionar trabalhadores e descobrir, dentre os candidatos, aquele que melhor se adeque às necessidades da empresa. Nesse contexto, o empregador poderá considerar legal a utilização das informações genéticas do candidato como critério de seleção. Isso torna indispensável, portanto, uma discussão responsável sobre os aspectos éticos envolvidos em toda esta questão.

Mapeamento genético, mercado de trabalho e bioética

Entre os obstáculos a serem vencidos pela utilização prática dos conhecimentos obtidos pela genética estão a consideração e o respeito pela ética. A demarcação do limite aceitável entre o conhecimento e a preservação da dignidade da pessoa humana é uma questão fundamental a ser considerada neste contexto. Reflexões sobre danos, discriminação ou exclusão socioeconômica e laboral de trabalhadores vinculadas a conhecimentos advindos da genética são muitas vezes acompanhadas e mesmo concomitantes a ponderações relacionadas a benefícios, qualidade de vida, bem-estar e felicidade.

As discussões sobre o mapeamento genético de trabalhadores antecedem a divulgação das análises apresentadas finalmente no ano de 2003, referentes ao mapeamento completo do genoma humano. Em 1970, nos Estados Unidos, a discriminação genética foi denunciada após um processo seletivo de trabalhadores. De acordo com Rothenberg *et al.* (1997), pessoas afrodescendentes que possuíam traços genéticos para anemia falciforme foram excluídas do processo de contratação para determinadas ocupações, muito embora apresentassem condições apropriadas de saúde e ausência de riscos de virem a desenvolver a doença. Desde então, o caso tornou-se referência internacional nos estudos de discriminação genética envolvendo trabalhadores.

É importante registrar, por outro lado, que algumas doenças relacionadas a certas mutações genéticas, como a betatalassemia (uma forma de anemia hereditária que incide em certas populações mediterrâneas), a anemia falciforme (que ataca preferencialmente negros, acima comentada) ou a doença de Tay-Sachs (que causa graves distúrbios neurológicos entre judeus da América do Norte e de Israel) são exemplos positivos de como testes confiáveis, simples e baratos podem trazer resultados positivos (GARRAFA, 2000). O que não se pode é generalizar, seja no que se refere a testes de aplicação individual como em casos de gravidez de risco ou na situação debatida no presente estudo e que se refere à seleção de profissionais para o mercado de trabalho.

Paradoxalmente, a seleção de pessoas por meio de exames genéticos pode auxiliar os gestores, trabalhadores e profissionais que operam com a saúde no âmbito laboral, na escolha assertiva de indivíduos resistentes a ambientes hostis de trabalho. De acordo com Passos-Bueno (1997), esses tipos de testes podem comprovar vários diagnósticos, identificar pessoas sadias portadoras de um gene patogênico e, ainda, fornecer várias informações pré-sintomáticas, inclusive sobre os riscos de adoecimento futuro e morte precoce.

No entanto, o trabalhador pode correr o risco de ser discriminado pelo seu perfil genético, ao invés de se beneficiar com o resultado dos testes. Segundo Lima Neto (2008, p. 62), a discriminação genética é

> uma conduta discriminatória por parte do Estado ou grupos empresariais, selecionando pelo conjunto de genes que o sujeito possui e que tem probabilidade de causar doenças e determinar comportamentos que não são de interesse daqueles grupos ou entes estatais.

A partir de uma ótica exclusivamente empresarial, Gomes e Stefano (2008, p. 5) definiram a importância da adequada seleção de trabalhadores para a vida das empresas. Segundo eles, a "seleção tem como objetivo escolher, entre os candidatos atraídos pelo recrutamento, aqueles que correspondem ao perfil do cargo desejado pela empresa, visando manter ou aumentar a eficiência e desempenho do pessoal, bem como a eficácia da organização". No entanto, para Santos (1985, p. 72), a

> seleção nem sempre significa escolher os que revelam aptidões ou capacidades nos seus índices mais elevados [...] e, sim, os mais adequados a uma situação predeterminada.

Esses posicionamentos, contrários em sua essência ética, atribuem à seleção de trabalhadores o viés de sucesso ou insucesso das empresas, transformando o processo de seleção de pessoas em uma ferramenta de gestão imprescindível à saúde organizacional. Tal processo, portanto, passa a ser visto como uma espécie de novo marco empresarial em um mercado de trabalho cada vez mais fiscalizado, do qual se espera a construção permanente de um cenário sensível à erradicação da mais-valia e onde, ainda, a qualidade de vida no trabalho passe a ser exigida e não apenas desejada, como reflexo de legislações atualizadas, que visam humanizar e tornar mais justo o ambiente organizacional e laboral.

A abordagem eticamente pluralizada da tecnologia genética na seleção de trabalhadores deverá perpassar as necessidades de seus atores, levando em consideração a qualidade de vida laboral. Segundo Felli e Tronchin (2005), o processo que produz a qualidade de vida no trabalho advém de aspectos denominados potencializadores, ou seja, processos protetores da saúde e geradores de vida, os quais devem ser utilizados em oposição aos aspectos destrutivos frequentemente presentes no mundo do trabalho. Esse objetivo poderá ser alcançado, no contexto do presente estudo, com o uso adequado e responsável das novas tecnologias genéticas disponíveis para a seleção de trabalhadores, respeitando as normas éticas internacionais e as legislações democraticamente construídas nos diferentes países.

A necessidade cada vez maior das organizações de formarem um quadro de pessoal adequado ao seu processo produtivo pode estimulá-las a lançar mão da tecnologia gênica como um novo instrumento na obtenção de resultados mais adequados à seleção de seus profissionais. Simultaneamente a este processo, que busca mais lucro e nasce do lado empresarial do capital, crescem os esforços públicos e associativos dos órgãos de proteção do trabalhador, dos organismos de defesa dos direitos humanos e da própria sociedade para regulamentar o acesso das empresas a essas tecnologias, de modo a não ferir ou prejudicar direitos individuais

ou mesmo coletivos do lado mais frágil da equação: a banda dos trabalhadores que necessitam de seus postos de trabalho para sobreviver.

A busca do equilíbrio entre resguardar o direito ao trabalho e o direito de escolha das empresas na seleção de seus empregados incita o debate ético sobre a exigência e a utilização de exames cada vez mais complexos para o acesso ao trabalho, inclusive o genético. A utilização sensata e equilibrada destas tecnologias pode trazer, sem dúvida, resultados positivos bilaterais, satisfazendo conjuntamente patrões e empregados.

No tocante ao empregado, a utilização do mapeamento genético pode ajudar a mantê-lo saudável na função que exerce e, ainda, alertá-lo para a probabilidade de desenvolver doenças ocupacionais (e mesmo outras, independentes da sua atuação profissional) inerentes às atividades específicas do seu cotidiano laboral. O conhecimento genético, utilizado com segurança, pode constituir um novo marco para a promoção da saúde e a prevenção do adoecimento do trabalhador. No que se refere às organizações, o uso da genética na seleção de trabalhadores poderá assegurar a otimização da força de trabalho e a redução do absenteísmo por conta de doenças laborais.

A proteção e a defesa da saúde do trabalhador devem constituir requisitos fundamentais na condução das ações promovidas por empresas que queiram se pautar na justiça e no respeito à dignidade humana, como preconizam os dois documentos internacionais emitidos pela Unesco sobre a matéria e homologados por mais de uma centena de países: a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos (UNESCO, 1997) e a Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos (UNESCO, 2004).

Esse debate já não pode mais ser evitado ou postergado, e os aspectos acima elencados constituem alguns dos pontos de partida possíveis para o estabelecimento de diálogo entre empresas e todos os demais setores interessados no tema, principalmente os trabalhadores. De acordo com Davies (2011), os serviços de mapeamento genético são uma realidade nas organizações. Algumas companhias internacionais como a Microsoft e a Life Tecnologie – empresas estadunidenses de tecnologia de informática e de biotecnologia, respectivamente – já oferecem esse serviço aos seus funcionários.

O conhecimento gênico deve ser utilizado em favor do trabalhador e não como forma de excluí-lo do mercado de trabalho. A sabedoria não deve negligenciar o ser humano; ela requer compromisso com a humanidade. A discussão sobre a utilização do mapeamento genético na admissão do trabalhador deve pluralizar conceitos e envolver os vários setores da sociedade, ponderando sobre a sua aplicação e as possíveis responsabilidades. Neste sentido, a bioética pode ser um conduto do debate, uma vez que ela é considerada

> [...] uma estrutura obrigatoriamente multi/inter/trans – disciplinar, que permite análises ampliadas e 'religações' entre variados núcleos de conhecimento e diferentes ângulos das questões observadas, a partir da interpretação da complexidade: a) do conhecimento científico e tecnológico; b) do conhecimento socialmente acumulado; c) da própria realidade concreta que nos cerca e da qual fazemos parte. (GARRAFA, 2005, P. 125).

A temática genética já vem sendo discutida desde os anos 1990 de forma crítica por cientistas e, especialmente no foco do presente estudo, pela bioética. Esta discussão, portanto, pode perfeitamente ser expandida para o possível uso do mapeamento genético nos ambientes de trabalho, tema que gera controvérsias, mas que é relevante para a sociedade brasileira contemporânea, haja vista a tramitação na Câmara dos Deputados do Projeto de Lei nº 4.610, de 1998, que versa sobre a realização de testes preditivos de doenças genéticas (BRASIL, 1998).

Diante dos temores relacionados à possível utilização do mapeamento genético na admissão de trabalhadores brasileiros e dos instrumentos éticos e legais que anteveem tal possibilidade, o diálogo bioético passa a ser uma ferramenta concreta de apoio à sociedade com vistas ao debate e à construção de encaminhamento seguro para o dilema, uma vez que "a bioética é uma disciplina que vem com o objetivo de fazer as reflexões, ponderações e mediações dos assuntos que causam grande polêmica" (GARRAFA; COSTA; OSELKA, 1999, P. 28).

Nesse sentido, pode a bioética ponderar os 'prós e contras' do mapeamento genético na admissão de trabalhadores, bem como a eticidade do seu uso, discutindo as possíveis obrigações éticas de empregadores e empregados, respeitando e seguindo as recomendações já emitidas especificamente na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, também de responsabilidade da Unesco, onde se destacam, dentro da matéria aqui debatida, especialmente os Artigos 3º e 9º, que tratam, respectivamente, da Dignidade Humana e Direitos Humanos' e da Privacidade e Confidencialidade' (UNESCO, 2005). O primeiro dos princípios acima mencionados recomenda que "os interesses e bem estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade" (UNESCO, 2005, P. 6), e o segundo preconiza que:

> A privacidade dos indivíduos envolvidos e a confidencialidade de suas informações devem ser respeitadas. Com esforço máximo possível de proteção, tais informações não devem ser usadas ou reveladas para outros propósitos que não aqueles para os quais foram coletadas ou consentidas, em consonância com o direito internacional, em particular com a legislação internacional sobre direitos humanos. (UNESCO, 2005, P. 7).

Para Garrafa, Costa e Oselka (1999, P. 2),

> uma das questões-chave para a bioética, com relação às novidades biotecnocientíficas, diz respeito à sua aplicação, a qual tanto pode trazer benefícios extraordinários, como acarretar danos insuportáveis.

A bioética dirigida à prática cotidiana, assim, deve buscar a visão sistêmica dos acontecimentos. Neste sentido, Schramm (2005, P. 45) reforça que:

> [...] a forma de ética aplicada chamada Bioética – em particular, sua vertente laica – considera cognitivamente pertinente e moralmente legítimo que sua função social seja tanto do tipo analítico (ou crítico) como do tipo normativo. Ou seja, ao mesmo tempo capaz de analisar [...] os conflitos de interesses e valores que inevitavelmente surgem [...]; de prescrever os comportamentos desejáveis e de proscrever aqueles que podem ser considerados prejudiciais a um convívio aceitável por qualquer agente moral suficientemente racional, razoável e disposto ao diálogo e a acordos.

A afirmação acima é perfeitamente reforçada pelo pensamento de Morin (1999), que considera que o tema da responsabilidade escapa aos mínimos critérios científicos que almejam guiar a distinção do verdadeiro do falso, pois está entregue a opiniões e convicções.

Considerações finais

Admitir a realização do perfil genético do trabalhador só faz sentido se tal prática for seguida por ações de inclusão e acolhimento do empregado no processo de trabalho. O direcionamento ético defensável desse procedimento somente poderá ser admitido se a utilização do conhecimento for empregada em prol do trabalhador e não como forma de exclusão e discriminação.

Para tanto, a condução da temática deve obedecer a critérios de acesso ético aos testes, com o consentimento devidamente

informado e esclarecido do trabalhador e à luz do termo de responsabilidade do empregador no tocante à privacidade das informações. E, ainda, à disponibilidade de mecanismos de intervenção do adoecimento e da promoção da saúde laboral, requisitos que devem fazer parte de legislação laboral específica. Tudo isso, sem esquecer que a ética contemporânea deve ser fundamentada no respeito à dignidade do ser humano em sua totalidade.

O diálogo plural defendido pela bioética pretende incluir trabalhadores, empresários, associações de classe, cientistas, legisladores e a sociedade como um todo, em um movimento aberto e transparente, que pode contribuir efetivamente para a promoção da dignidade no trabalho e, ao mesmo tempo, resguardar direitos institucionais. A mediação de interesses entre operários e patrões e o respeito às convicções pessoais e organizacionais, portanto, podem significar um começo tímido, mas seguro, para a erradicação da mais-valia, trazendo como resultado melhores níveis de promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho. ■

Referências

BELL, D. *O advento da sociedade pós-industrial*. São Paulo: Cultrix, 1974.

BRASIL. Constituição (1988). Brasília, DF: Senado Federal; 1988, p. 19. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/1366/constituicao_federal_35ed.pdf?sequence=26>. Acesso em: 11 fev. 2013.

_____. Senado Federal. *Projeto de Lei nº 4.610, de 1998*. Estabelece que a realização de testes preditivos de doenças genéticas ou que permitam a identificação de pessoa portadora de um gene responsável por uma doença ou pela suscetibilidade ou predisposição genética a uma doença só é permitida com finalidades médicas ou de pesquisa médica e após aconselhamento genético, por profissional habilitado. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20995>. Acesso em: 17 fev. 2013.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec; 2000.

CARELLI, R. L. *Formas atípicas de trabalho*. São Paulo: LTr, 2004. p. 17.

CASTELLS, M. A. *Sociedade em rede*. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

COLLINS, F. S. et al. A vision for the future of genomics research. *Nature*, Londres, v. 422, n. 6934, p. 835-847, 2003.

DAVIES, K. *Seu genoma por mil dólares:* a revolução no sequenciamento do DNA e a nova era da medicina personalizada. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 100.

DELGADO, M. G. *Curso de Direito do Trabalho*. 9. ed. São Paulo: LTr, 2010.

DICIONÁRIO ESCOLAR DA LÍNGUA PORTUGUESA. 2. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2008. p. 632.

FELLI, V. E. A.; TRONCHIN, M. R. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: KURGANT, P. *Gerenciamento em Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 89-107.

FRITSCHI, L.; DRISCOLL, T. Cancer due to occupation in Australia. *Aust N Z J Public Health*, Canberra, v. 30, n. 3, p. 213-219, 2006.

GARRAFA, V. Bioética e Ética Profissional: esclarecendo a questão. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, Brasília, n. 98, p. 28, 1998.

_____. O diagnóstico antecipado de doenças genéticas e a ética. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 424-428, 2000.

_____. De uma bioética de princípios a uma bioética interventiva - crítica e socialmente comprometida. *Bioética (CFM),* Brasília, DF, v. 13, n. 1, p. 125, 2005.

GARRAFA, V.; COSTA, S. I. F; OSELKA, G. A bioética no século XXI. *Bioética (CFM)*, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 2, 1999.

GAY, P. *Consumption and identity at work*. Londres: Sage, 1996.

GOMES, F. G. D.; STEFANO, S. R. Análise dos processos de recrutamento e seleção em micro-empresas do município de Prudentópolis. *Revista Eletrônica Lato Sensu*, Guarapuava, n. 5, p. 1-14, 2008.

GORZ, A. *O imaterial*. São Paulo: Annablume, 2005. p. 29.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ DE ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho e ao Ambiente. *Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho*. Rio de Janeiro: INCA, 2012, p. 18. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/diretrizes_cancer_ocupa.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2013.

KLEIN, D. A. *A gestão estratégica do capital intelectual:* recursos para a economia baseada em conhecimento. São Paulo: Qualitymark, 1998. p. 01.

LEITE, R. C.; RIOS, S. C. T. *Momentos do controle durante a contratação*. Curitiba: Juruá, 2008. p. 169.

LIMA NETO, F. V. *O direito de não sofrer discriminação genética*. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2008.

LISTER HILL NATIONAL CENTER FOR BIOMEDICAL COMMUNICATIONS. U.S. National Library of Medicine, National Institutes of Health Department of Health & Human Services. The Human Genome Project. *Handbook*: help me understand genetics. 2013. Disponível em: <http://ghr.nlm.nih.gov/handbook.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2013.

MATTOSO, J. A. *Desordem do trabalho*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

MEIDANIS, J. S.; SETUBAL, J. C. *Introduction to computacional molecular biology*. London: International Thomson Publishing Europe, 1997.

MENELEU, N. J. Desemprego e luta de classes: as novas determinidades do conceito marxista de exército industrial de reserva. In: TEIXEIRA, F. J. S.; OLIVEIRA, M. A. *Neoliberalismo e reestruturação produtiva*: as novas determinações do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1996. p. 75-107.

MORIN, E. *Ciência com consciência.* 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999, p. 118-119.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. *Criação de conhecimento na empresa*. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p. 75.

OLIVEIRA, F. *Crítica à razão zualista:* o ornitorrinco. São Paulo: Boitempo, 2003.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). *Convenção 161*. 1985. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/legislacao/convencao-n-161.htm>. Acesso em: 18 abr. 2013.

PASSOS-BUENO, M. R. O projeto genoma humano. *Bioética,* Brasília, DF, v. 5, n. 2, p. 145-155, 1997.

QUINTANEIRO, T.; BARBOSA, M. O.; OLIVEIRA, M. G. *Um toque de clássicos:* Marx, Durkheim e Weber. 2. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

ROSSATO, E. *As transformações no mundo do trabalho*. Santa Maria, RS: Centro Universitário Franciscano, 2001. Disponível em: <http://sites.unifra.br/Portals/35/Artigos/2001/36/transformacoes.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2012.

ROTHENBERG, K. *et al*. Genetic information and the workplace: legislative approaches and policy challenges. *Science*, Washington, DC, v. 275, n. 5307, p. 1755-1757, 1997.

SANTOS, O. B. *Psicologia aplicada à orientação e seleção de pessoal*. São Paulo: Livraria Pioneira, 1985. p. 72.

SCHRAMM, F. R. Cuidados em Saúde da Mulher e da Criança, Proteção e Autonomia. In: SCHRAMM, F. R.; BRAZ, M. (Org.). *Bioética e saúde:* novos tempos para mulheres e crianças? Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 45.

SENGE, P. *A quinta disciplina*: arte, teoria e prática da organização da aprendizagem. 12 ed. São Paulo: Best Seller, 1990.

SUSSEKIND, A. *Direito Constitucional do Trabalho*. 3 ed. Rio de Janeiro: Renovar; 2004. 75 p.

UNITED NATIONS FOR EDUCATION, SCIENCE AND CULTURE (UNESCO). *The Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights*: resolution adopted by the General Conference of UNESCO at is 29th Session. Paris: UNESCO, 1997.

_____. *Declaração internacional sobre os Dados Genéticos Humanos:* resolução aprovada pela Conferência Geral da UNESCO na sua 32ª sessão. Paris: UNESCO, 2004.

_____. *Declaração internacional sobre Bioética e Direitos Humanos:* resolução aprovada pela Conferência Geral da UNESCO na sua 33ª. Sessão. Paris: UNESCO, 2005.

Recebido para publicação em dezembro de 2013
Versão final em setembro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Sistematização do conhecimento sobre as metodologias empregadas para o dimensionamento da força de trabalho em saúde

Systematization of the knowledge on methodologies for health workforce staffing

Claudia Regina Machado[1], Mario Roberto Dal Poz[2]

RESUMO A força de trabalho em saúde representa um fator de grande importância nos sistemas de saúde, sendo imprescindível à promoção e ao avanço da área, relacionada quantitativa e qualitativamente aos resultados alcançados. Esta revisão sistemática visa à identificação na literatura de metodologias que, empregadas, resultem em dimensionamento eficaz da força de trabalho em saúde. Os resultados indicam a necessidade de complementação da avaliação, sendo indispensável a identificação de metodologias que resultem em dimensionamento mais eficaz da força de trabalho em saúde para subsidiar decisões gerenciais no sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Dimensionamento; Força de trabalho; Carga de trabalho; Gestão de recursos humanos em saúde.

ABSTRACT *The health workforce is a key factor in health systems and is essential to the promotion and advancement of the area, related quantitative and qualitative results achieved. This systematic review aims to identify, in the literature, methodologies that result in effective health workforce staffing. The results indicate the need to complement the assessment, in order to identify methodologies that result in more effective health workforce staffing and provide support to management decisions in the health system.*

KEYWORDS *Staffing; Labor force; Workload; Health personnel management.*

[1] Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Cirurgia Geral – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
machado.c@globo.com

[2] Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj), Instituto de Medicina Social – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
dalpozm@uerj.br

DOI: 10.1590/0103-110420151040498

Introdução

O Relatório da Organização Mundial da Saúde (2007) sobre os recursos humanos em saúde deixa clara a necessidade de vontade política, bem como da cooperação internacional, para o desenvolvimento e a implantação de planos nacionais direcionados e alinhados com a utilização de conhecimentos na construção e no reforço dos sistemas de saúde que contemplem tratamento e prevenção de doenças, além de promoção de saúde. Para tal, é imperioso o desenvolvimento de trabalhadores de saúde capazes e motivados para superar as dificuldades e alcançar os objetivos de desenvolvimento nacionais e globais.

Nos sistemas de saúde, a força de trabalho representa um fator de grande importância, sendo imprescindível à promoção e ao avanço da saúde, estando ligada quantitativa e qualitativamente aos bons resultados alcançados (OMS, 2007).

Estudos estatísticos prospectivos e progressivos demonstram que as doenças musculoesqueléticas decorrentes do aumento da expectativa de vida da população e da violência vêm crescendo progressivamente. O envelhecimento da população tende a resultar em aumento da utilização dos serviços hospitalares, decorrente de agravos característicos da terceira idade, neste caso particular em doenças reumatológicas e osteoporose (BRASIL, 2006, 2008; FARIZOTE, 2012). Além disso, morbimortalidade relacionada à violência e a acidentes de trânsito figura entre as principais causas de morte e de internação nos últimos anos no Brasil, apontando o caminho para a base das perspectivas de ampliação da capacidade instalada para atender às necessidades de atenção à saúde da população (BRASIL, 2006, 2008; FARIZOTE, 2012).

Nesse contexto, os gestores de saúde enfrentam desafios crescentes e recursos insuficientes em todo o mundo para responder à demanda de serviços de saúde. No Brasil, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) têm procurado soluções para o desequilíbrio da força de trabalho, seja dentro das instituições, seja entre serviços de saúde (BRASIL, 2006).

O sistema de saúde brasileiro tem imensos desafios no que tange às demandas por serviços com qualidade, eficácia e eficiência, tornando fundamental a busca por melhor gerenciamento de recursos disponíveis (GAIDZINSKI, 2011). Deve ser ressaltado que a força de trabalho em saúde constitui um dos principais determinantes de eficiência e eficácia na prestação de cuidados em saúde.

Tradicionalmente, os países abordam as questões de planificação e de gestão de recursos humanos nos serviços de saúde com a utilização de desenhos baseados unicamente em razões de profissionais por população (ex.: médicos/habitante). Tal abordagem, embora ainda seja utilizada largamente para o cálculo de equipes e de profissionais, mostra-se insuficiente para adequar as necessidades de pessoal às diferenças epidemiológicas e sociais, bem como as necessidades dos serviços de saúde em matéria de efetivos e de formação.

Em outra abordagem, estipula-se a quantidade de atenção a ser oferecida por meio da normatividade da constituição de efetivos por estabelecimento, recorrendo-se à constituição de equipes padrão para o cálculo de lotação de pessoal para as diversas tipologias de serviços (postos e saúde, centros de saúde, hospitais etc.) e propondo-se uma equação entre capacidade instalada e quantitativo de pessoal. Ocorre que as necessidades de pessoal variam amplamente entre serviços de mesmo nível, de acordo com o volume do trabalho realizado (RAMOS; CRUZ; POLLARA, 2012).

Estudos já realizados se referem principalmente a metodologias de dimensionamento e avaliação de carga de trabalho de enfermagem por intermédio de avaliação das características da unidade analisada, média de permanência, taxa de ocupação, modelo de assistência, tipo de clientela, classificação de cuidados, composição da equipe, horas de trabalho e absenteísmo (HURST *ET AL.*, 2008).

Todavia, esses estudos, em sua maioria, indicam a necessidade de complementação para avaliação adequada, o que justificaria a necessidade de identificação de metodologias na literatura que possam ser empregadas em dimensionamento eficaz da força de trabalho em saúde, com a finalidade de fornecer subsídios às decisões gerenciais.

No Brasil, a metodologia de índice de carga de trabalho para necessidade de pessoal de saúde *(Workload Indicators for Staffing Need – WISN)* foi testada em uma unidade de saúde da família no município de Juiz de Fora (MG) e demonstrou sua utilidade para dimensionamento de médicos neste estabelecimento. Em relação à economicidade e à eficiência, tem potencial para mostrar caminhos para equacionar melhor distribuição de profissionais na rede de unidades de saúde, uma vez que aponta para sobrecarga ou ociosidade (PIERANTONI *ET AL.*, 2011A, 2012B).

A escassez de modelos e metodologias para dimensionamento da força de trabalho para atuação em serviços de saúde que compreendam variáveis locais dificulta a gestão de recursos humanos no que tange à contratação, à alocação e à distribuição eficaz desses profissionais. A presente revisão da bibliografia sobre o dimensionamento de Recursos Humanos em Saúde (RHS) busca reduzir essa lacuna, bem como contribuir para o desenho e a utilização de modelos de organização e prestação de serviços que assegurem a oferta de serviços de saúde com qualidade e segurança.

Metodologia

Esta pesquisa foi elaborada por meio da estratégia de busca em bases de dados da literatura científica, filtragem de publicações, recuperação/aquisição de publicações científicas e análise descritiva preliminar do material recuperado com inclusão de fluxograma. Dessa forma, foi realizada revisão sistematizada da literatura científica sem corte temporal definido para identificar metodologias aplicadas para o dimensionamento dos profissionais da área da saúde.

A amostra foi constituída por estudos que preencheram os critérios de inclusão, selecionados pela pertinência ao tema e não por métodos aleatórios. Foram considerados os estudos não experimentais, descritivos, exploratórios e de abordagem qualitativa e quantitativa que tiveram como tema central metodologias para o dimensionamento da força de trabalho em saúde. Incluíram-se publicações nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola.

Foram excluídos da pesquisa editoriais, cartas ao editor, erratas, artigos de opinião, documentos e resumos não encontrados na íntegra ou cuja aquisição era possível apenas por pagamento, e ainda documentos que não respeitaram os critérios de inclusão. Habilitaram-se todos os trabalhos que tiveram como escopo o uso de metodologias para o dimensionamento da força de trabalho em saúde ou de variáveis utilizadas para tal dimensionamento.

As bases de dados eletrônicas de literatura científica utilizadas foram: *Embase*, *Medline*, Lilacs, *Wholis* e o banco eletrônico de teses e dissertações. O acesso às bases de dados eletrônicas se deu mediante senha institucional ao Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), acessado remotamente por identificação de endereço IP de provedor autorizado do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Seguem informações sobre as bases acessadas.

- *Embase* – É um serviço eletrônico da editora Elsevier que hospeda mais de 18 milhões de publicações contidas e acessadas na base europeia *Embase* isoladamente ou associada à base americana *Medline*. É a versão eletrônica das 52 seções da '*Excerpta Médica*'. Contém mais de 15 milhões de registros bibliográficos com resumos da *Embase* (desde 1974) e *Medline* (desde 1966).

• Lilacs – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. Trata-se de uma base de dados cooperativa do Sistema Bireme. Contém artigos de cerca de 670 revistas mais conceituadas da área da saúde, atingindo mais de 150 mil registros.

• *Wholis* – A biblioteca da Organização Mundial da Saúde (OMS) é a biblioteca líder mundial em saúde pública. Ele fornece acesso ao conteúdo da OMS, bem como a outras fontes de literatura científica produzida em todo o mundo. A *Wholis* também fornece evidências científicas e conhecimento para países de baixa e média rendas, por meio de um conjunto de iniciativas baixo custo/alto uso. Redes e parcerias são um componente essencial para garantir que suas iniciativas globais possam atingir um público mundial.

• *Medline* – É o componente primário do *Pubmed*. Abrange uma série de bases de dados providos pela biblioteca norte-americana de medicina *(National Library of Medicine – NLM)*. O *Pubmed* é um serviço que inclui mais de 18 milhões de citações de artigos anteriores a 1950 e atualização semanal. Além das citações do *Medline*, traz *links* de diversos *sites* que acessam artigos em versão integral e outros recursos.

• Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo (USP) – Foi criada para disponibilizar na Internet o conhecimento produzido pelos trabalhos defendidos na USP, permitindo que as comunidades brasileira e internacional possam ter em mãos a versão digital completa das teses e dissertações. A Biblioteca Digital está associada a uma iniciativa global reconhecida pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), a *Network Digital Library of Theses and Dissertations (NDLTD)*, o que lhe garante maior confiabilidade e abrangência, e também ao Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, por meio da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações.

O acesso às bases ocorreu durante junho de 2013, sendo complementado posteriormente em julho de 2014. Elegeram-se descritores a partir do vocabulário estruturado e trilíngue Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), edição 2013, criado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) e utilizado para buscas nas fontes de informação disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Resultados e discussão

Os somatórios da busca de publicações nas bases eletrônicas estão apresentados na *tabela 1*.

Tabela 1. Resultado da busca eletrônica em bases de literatura científica. Brasil, 2014

Bases	N.	%
Pubmed/Medline	1.288	71,6
Embase	299	16,6
Lilacs	103	5,7
BDTD	48	2,7
Banco USP	39	2,2
Wholis	22	1,2
Total	1.799	100,00

Fonte: Elaboração própria

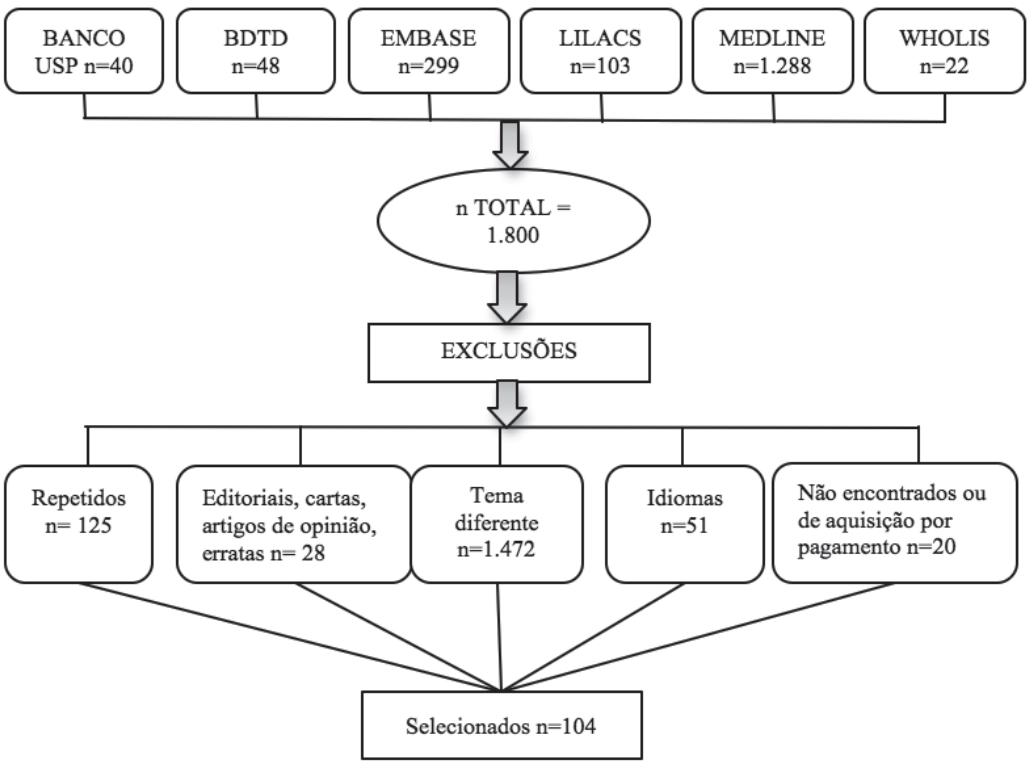
A observação da *tabela 1* permite verificar que, a partir dos termos de busca utilizados sem os refinamentos ou descartes, as bases *Pubmed/Medline* e *Embase* foram aquelas que mais retornaram publicações: 71,6% e 16,6% do total, respectivamente.

Foi encontrado um somatório de 1.799 publicações nas diferentes bases de dados pesquisadas, do qual se descartaram 1.678, correspondentes a 93,3% dos estudos retornados.

A maior frequência de exclusão decorreu do fato de que as publicações abordavam outros temas (87,2%), tais como saúde do trabalhador, rotatividade e fixação profissional sem utilização desses fatores para cálculos de dimensionamento profissional, e houve publicações repetidas (7,3%). Em se tratando de publicações com idiomas diferentes de português, inglês ou espanhol, foram excluídos 51 estudos (3,0%). Outros estudos (n=25; 1,5%) foram excluídos por se tratarem de artigos de opinião, editoriais, cartas ao editor e erratas, e por não terem sido encontrados ou cuja aquisição é mediante pagamento (n=17; 1,0%).

A *figura 1* representa o fluxo dos resultados parciais de estudos elegíveis contidos nas bases de literatura científica, assim como os excluídos.

Figura 1. Resultados parciais de estudos elegíveis e excluídos nas bases da literatura científica



Fonte: Elaboração própria

No que concerne aos profissionais estudados, a maior parte foi de profissionais de enfermagem (78,6%) de diferentes unidades. Médicos constituíram 8,7% das pesquisas, as quais analisaram anestesiologistas, clínicos, cirurgiões, psiquiatras e patologistas. Alguns estudos abrangem pesquisas de mais de uma categoria profissional (3,9%). Ressalta-se aqui que os estudos brasileiros de forma geral, com apenas uma exceção, referiam-se aos profissionais de enfermagem.

As publicações selecionadas compreenderam o período de 1993 a 2013, tendo o maior número de estudos publicados entre os anos de 2008 e 2010. No que tange ao idioma, a língua inglesa predomina; há apenas um artigo em espanhol.

No que se refere aos artigos da categoria profissional enfermagem, alguns avaliam a estratificação da intensidade do cuidado objetivando melhor distribuição da equipe; muitos analisam a carga de trabalho, utilizando o *Nurse Activities Score (NAS)* ou resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen); outros propõem a reorganização dos processos de trabalho e relocação da força de trabalho existente como solução para superar dificuldades no atendimento. Algumas publicações sugerem a utilização de instrumento de dimensionamento baseado na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), e um estudo valida esse instrumento para amostragem de carga de trabalho. O termo Classificação das Intervenções de Enfermagem compreende "o ordenamento ou arranjo das atividades de enfermagem dentro de um grupo ou dispostas numa base de relações e a determinação dos níveis de intervenções para estes grupos", enquanto a Taxonomia das Intervenções de Enfermagem significa "a organização sistemática dos níveis de intervenção baseada em semelhanças dentro da qual pode ser considerada uma estrutura conceitual" (MCCLOSKEY; BULECHEK, 1996 *APUD* GUIMARÃES; BARROS, 2001, P. 131).

Importante destacar que um estudo observacional prospectivo avalia a carga de trabalho da enfermagem pela utilização dos padrões da Associação Britânica de Medicina Perinatal. Outros dois artigos utilizaram a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº. 293/04 como parâmetro para dimensionamento da enfermagem. O artigo 11 desta resolução aponta dentre as competências privativas do enfermeiro: prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de morte; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Além disso, nos artigos 12 e 13 encontramos as atividades exercidas pelo técnico e pelo auxiliar de enfermagem. O artigo 15 destaca que as atividades referidas nos artigos 12 e 13 da lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação, supervisão e direção do enfermeiro. A Resolução Cofen nº. 293/2004 fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Entre os fatores importantes para cálculo de profissionais de enfermagem estão o modelo gerencial e assistencial; jornada de trabalho; dinâmica de funcionamento das unidades; índice de segurança técnica; taxa de absenteísmo; taxa de ausência de benefícios e Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) (MARINHO, 2009). Esses artigos estão listados no *quadro 1*.

Quadro 1. Artigos selecionados sobre a categoria profissional de enfermagem

ABORDAGEM	FOCO	ABRANGÊNCIA	PERIÓDICO	AUTOR E ANO
Avaliação de ferramenta de carga de trabalho para unidade neonatal	Hospital	Local	J. Nurs. Manag.	SAWATZKY-DICKSON; BODNARYK, 2008
Capacidade instalada, tempo de execução de atividades, carga horária	Hospital	Local	Rev. Bras. de Cancerologia	ALMEIDA; JUNQUEIRA; OLIVEIRA, 2007
Carga de trabalho e comunicação	Ambulatório	Local	Nurs. Econ.	DICKSON et al., 2010

Quadro 1. Artigos selecionados sobre a categoria profissional de enfermagem

Carga de trabalho por grupo de profissionais	Hospital	Local	Nurs. Forum	WILLIS et al., 2012
Carga de trabalho/hora ou dia x Custo	Hospital	Local	Nurs. Manage.	STENSKE; FERGUSON, 1996
Classificação de intervenção	Hospital	Local	Rev. Esc. Enf. USP	GUIMARÃES; BARROS, 2001
Cofen, 2004	Hospital	Local	Rev. Admin. Saúde	COLETTA; PROCHET, 2005
Cofen, 2004	Hospital	Local	Rev. Bras. de Terapia Intensiva	GARCIA, P. C., 2011
Cofen, 2004	Hospital	Local	Rev. Latino-Americana de Enfermagem	ARAÚJO, V. B. et al., 2009
Cofen, 2004	Hospital	Local	Tese (Doutorado) –, USP	NICOLA, 2004
Cofen, 2004	Hospital	Nacional	Tese (Livre Docencia) –, USP	FUGULIN, 2010
Comparação de classificação de risco com outros métodos de dimensionamento	Hospital	Local	Nurs. Manage.	ADAMS, L. W., 2003
Custos x Produção e capacidade operacional	Hospital	Local	Rev. Admin. Saúde	RAMOS; CRUZ; POLLARA, 2012
Desenvolvimento de método computadorizado qualidade- necessidade RH	Hospital	Local	Burns	JONG; LEEMAN; MIDDEL KOOP, 2009
Determinação de carga de trabalho	Hospital	Local	International Journal of Nursing Studies	TWIGG; DUFFIELD, 2009
Média de permanência e características da unidade por meio de entrevistas	Hospital	Nacional	Cogitare Enferm.	CAMPOS; MELO, 2009
Estudo observacional	Hospital	Local	J. Adv. Nurs.	ADOMAT; HICKS, 2003
Estudo observacional prospectivo	Hospital	Local	S. Afr. Med. J.	WALLIS; TWOMEY, 2007
Estudo retrospectivo baseado em opiniões	Hospital	Local	J. Nurs. Manag.	RABY; DWSE, 2008
Cofen	Hospital	Local	Acta Paul. Enferm.	MATSUSHITA; ADAMI; CARMAGNI, 2005
Grau de dependência e necessidade de saúde da população	Hospital	Local	Br. J. Community Nurs.	REID; KANE; CURRAN, 2008
Horas de assistência/categoria profissional e capacidade cirúrgica	Hospital	Local	Dissertação (Mestrado) –USP	MATTIA, 1998
Indicadores	Hospital	Local	Tese (Doutorado), USP	POSSARI, 2011
Indicadores	Hospital	Local	Dissertação (Mestrado), USP	KROKOSCZ, 2007
Indicadores de tempo	Hospital	Local	Tese (Doutorado), USP	MELLO, 2011
Medida da distribuição da carga de trabalho	Hospital	Local	Ann. Emerg. Med.	LEVIN et al., 2007
Modelo computadorizado	Hospital	Local	J. Nurs. Manag.	GHOSH B, CRUZ G, 2005
Modelo de tempo de cuidado - grau de dependência	Hospital	Local	J. Med. Syst.	SOLIMAN, 1997

Fonte: Elaboração própria

*NEM – *Nine Equivalents of Nursing Manager Use Score*

**Coeficiente de Pearson – medida de correlação linear entre duas variáveis

O *NAS* é baseado no desenvolvimento de índices de gravidade de pacientes, o *Therapeutic Intervention Scoring System* (Tiss), que após várias versões foi reestruturado e mais direcionado para avaliar as necessidades de cuidados e carga de trabalho de enfermagem. Passou a se denominar *Nursing Activities Score* (*NAS*), incorporando atividades de enfermagem não contempladas nas versões anteriores, como procedimentos de higiene, suporte e cuidados aos familiares/pacientes, tarefas administrativas e gerenciais. O escore *NAS* expressa a porcentagem de tempo gasto por um profissional de enfermagem na assistência direta ao doente crítico na UTI em 24 horas (GONÇALVES, 2006). Os artigos estão agrupados no *quadro 2*.

Quadro 2. Artigos selecionados sobre a categoria profissional de enfermagem, com abordagem de Nursing Active Score, foco em hospital e abrangência local

PERIÓDICO/FONTE	AUTOR E ANO
Biblioteca Digital, UEL	CAMUCI *et al.* , 2012
Biblioteca Digital, USP	TSUKAMOTO, 2010
Biblioteca Digital, USP	GOUVEA, 2012
Critical Care Medicine	MIRANDA *et al.*, 1996
Intensive Crit. Care Nurs.	PADILHA *et al.*, 2007
Biblioteca Digital, USP	GONÇALVES *et al.*, 2006
Acta Paulista de Enfermagem	DUCCI *et al.*, 2007
Biblioteca Digital, USP	QUEIJO, 2008
Acta Paulista de Enfermagem	LIMA, 2010
Biblioteca Digital, USP	KAKUSHI, 2012

Fonte: Elaboração própria

O uso de tecnologia também foi avaliado tanto para o dimensionamento da enfermagem como para o auxílio às tarefas, visando diminuir assim a necessidade de pessoal por meio de realocação. Diers e Bozzo (1997) mostraram que novos *softwares* desenvolvidos para a saúde podem fornecer informações integradas do registro clínico dos pacientes, além de proporcionar maior controle nos gastos.

No que tange à alta complexidade, foram encontrados apenas três artigos relacionados ao câncer, sendo dois brasileiros e um italiano, descritos a seguir.

Almeida, Junqueira e Oliveira (2007) estudaram o estabelecimento de parâmetros adequados ao dimensionamento da força de trabalho necessária ao atendimento de ações realizadas por unidades hospitalares especializadas de alta complexidade de assistência ao câncer no Instituto Nacional de Câncer (Inca). A metodologia adotada relaciona a capacidade instalada, o tempo de execução das atividades, a carga horária e o quantitativo das categorias profissionais necessárias ao adequado atendimento das demandas. O estudo aponta como estratégico o correto dimensionamento das equipes de enfermagem para se obterem resultados de produtividade e qualidade, considerando as características de continuidade ininterrupta e diversidade das atividades desenvolvidas pelas categorias de enfermagem, além do seu expressivo peso no conjunto da força de trabalho da área de saúde. Como resultado, observou-se que o quantitativo necessário ao desenvolvimento do conjunto de atividades das cinco unidades estudadas representa 50% dos recursos humanos. Na área médica, a proporção de pessoal em relação ao total correspondeu a 20%. Nas áreas de apoio, o percentual correspondente à necessidade de recursos humanos foi de 11%. No Hospital do Câncer IV (HC IV), no entanto, em razão das atividades de visitas domiciliares, essas atividades têm um impacto de 26% em relação ao total da unidade.

Ramos, Cruz e Pollara (2012) estudaram o desenvolvimento e a aplicação de metodologia para dimensionamento do corpo clínico de um hospital de ensino no município de São Paulo, utilizando dados de produção e capacidade operacional – considerando o fato de ser uma instituição de ensino –, e fizeram correlação com os custos. Esse estudo concluiu que a simples realocação da carga horária, com melhor distribuição do tempo entre as especialidades e os tipos de atendimento, levaria à correção de distorções, resultando em economia do ponto de vista financeiro (*quadro 3*).

Quadro 3. Artigos selecionados sobre a categoria profissional de médicos

ABORDAGEM	FOCO	ABRANGÊNCIA	PERIÓDICO	AUTOR E ANO
Comparação tempo de cuidado	Hospital	Local	Psychiatr. Serv.	BHASKARA, 1999
Estudo prospectivo da gravidade dos pacientes	Hospital	Local	S. Afr. Med. J.	WALIS; TWOMEY, 2007
Modelo empírico para análise do tempo de atividade	Hospital	Nacional	Bull. World Health Organ.	DAVIAUD; CHOPRA, 2008
Custos x Produção e capacidade operacional	Hospital	Local	Rev. de Administração em Saúde – RAS	RAMOS; CRUZ; POLLARA, 2012
Medida da distribuição da carga de trabalho	Hospital	Local	Ann. Emerg. Med.	LEVIN *et al.*, 2007
Modelo empírico	Hospital	Local	J. Oncol. Pract.	FASOLA; APRILE; AITA, 2012
Modelo empírico	Hospital	Local	Health Serv. Res.	LIPSCOMB *et al.*, 1995
Número de profissionais	Hospital	Nacional	Ann. Emerg. Med.	MOORHEAD *et al.*, 2007
Questionário	Hospital	Local	Critical. Care Nurse.	HARTIGAN, 2000
Sistema Warwick	Hospital	Local	J. Clin. Pathol.	CARR *et al.*, 2006

Fonte: Elaboração própria

Fasola, Aprile e Aita (2012) realizaram estudo para estimar as necessidades de recursos humanos para o tratamento de pacientes com câncer em um hospital universitário italiano. A metodologia utilizada considerou o número e os diferentes tipos de atendimento, além de estimar custos de pessoal envolvido, correlacionando com a carga de trabalho. A conclusão do estudo foi a de que o modelo utilizado poderá ser útil a gestores e de que médicos oncologistas podem ter participação mais ativa nas políticas de saúde (*quadro 3*).

Em relação aos médicos, também foram encontrados três artigos referentes a serviços de emergência, baseados em estudos observacionais prospectivos, avaliando a gravidade dos casos atendidos (WALIS; TWOMEY, 2007) e os horários de pico de atendimento (BHASKARA, 1999). Foi selecionado ainda artigo referente à medida de carga de trabalho por meio de avaliação de informações contidas em sistemas de informação (LEVIN *ET AL.*, 2007) (*quadro 3*).

O desenvolvimento de metodologias capazes de estabelecer parâmetros para alocação de profissionais que auxiliem os gestores a dimensionar o quadro de pessoal de forma racional – com adequação de custos condizentes com a realidade de escassez financeira e concomitantemente melhorando o serviço prestado ou programando novas modalidades de assistência – levou a Organização Mundial da Saúde a propor metodologia para cálculo de pessoal em 1998, denominada de Indicadores de Carga de Trabalho para Necessidade de Pessoal, em inglês, *Workload Indicators of Staffing Need* (*WISN*).

Foram encontradas publicações referentes à aplicação do método de indicadores de carga de trabalho em unidades de Atenção Básica e em países em desenvolvimento. Não foi encontrada nenhuma referência da utilização desse método para alta complexidade em ortopedia, assim como não há descrição referente ao uso da ferramenta de cálculo *(software)* após as atualizações e a tradução para a língua portuguesa. Essa metodologia foi utilizada na Tanzânia, no Quênia, em Moçambique, Sri Lanka, Sudão, Turquia e Egito e vem sendo aprimorada gradativamente (NAMAGANDA, 2010; NYANTEMA *ET AL.*, 2008).

Na Tanzânia, os problemas de saúde de maior importância estão relacionados à escassez de profissionais qualificados,

especialmente em relação à mortalidade e morbidade materna e perinatal. Diante desse quadro, foram projetados indicadores de carga de trabalho utilizando o método *WISN*, em 2004, para cálculo da necessidade de enfermagem, o que evidenciou enorme carga de trabalho e necessidade urgente de aumento dessa força de trabalho, para que haja possibilidade de atingir os objetivos globais de desenvolvimento do milênio (NYANTEMA *ET AL.*, 2008).

Estudos de casos também foram realizados na Indonésia, em Moçambique e Uganda, utilizando o mesmo método para avaliar a necessidade de aumento da força de trabalho em saúde e propor recomendações baseadas em evidências e critérios técnicos. Estudaram-se diferentes classes profissionais nos três países e com abrangência também distinta entre eles. No entanto, verificou-se que quando o *WISN* é aplicado para um grupo de profissionais que trabalham em conjunto e não para uma única categoria profissional os resultados são mais valiosos, como no caso de Moçambique (SERAN *ET AL.*, 2010).

Em Bangladesh, o estudo foi proposto para avaliar enfermeiros, médicos e assistentes médicos, mostrando baixa ocupação dos leitos disponíveis, em virtude da escassez desses profissionais. Em algumas localidades, só havia disponibilidade de serviços ambulatoriais (HOSSAIN; ALAM, 1999).

Em todos os estudos fica claro que o método *WISN* é uma ferramenta para orientação de alocação da força de trabalho em saúde em seus diferentes níveis de complexidade, que visa proporcionar distribuição mais equilibrada de seus recursos humanos como resultado da análise.

Os Indicadores de Carga de Trabalho (*WISN*) usam a análise de atividade com a carga de trabalho para determinar as necessidades de recursos humanos, podendo ser utilizados como ferramenta para planejamento e gestão, melhorando as decisões em todos os níveis de serviço, tanto no fornecimento quanto na alocação e na montagem de equipe.

Para entender o conceito de carga de trabalho é preciso compreender a forma de produção, a organização do trabalho e sua divisão, já que é um conceito que tenta estabelecer dinâmica entre o trabalhador e seu trabalho (PIERANTONI *ET AL.*, 2011A, 2011B).

Para o método *WISN*, é central o cálculo da carga de trabalho padrão, que é igual ao tempo de trabalho disponível no ano dividido pela unidade de tempo. Vale ressaltar que todos os cálculos utilizados têm como base 12 meses e são retrospectivos. Os componentes da carga de trabalho são representados pelas atividades de serviço de saúde, de apoio e outras.

Dentre as limitações do método, talvez a de maior impacto seja referente a não se considerar a influência de fatores externos, como a escassez de hemoderivados nos casos cirúrgicos, além de a fonte de dados ser pobre e incorreta, o que poderá levar a resultados imprecisos e indicações equivocadas (HOSSAIN; ALAM, 1999).

Outra limitação é salientada por Pierantoni *et al.* (2011A, 2011B) em relação aos indicadores de carga de trabalho para profissionais: a de que o método está baseado nas cargas de trabalho atuais, ou seja, na produção de serviços do momento, não considerando a demanda não atendida ou reprimida. Em relação à Atenção Básica, apesar de o dimensionamento de pessoas referente à saúde ser pouco discutido (PIERANTONI *ET AL.*, 2011A, 2011B), confirma-se que na literatura nacional há grande concentração de títulos ligados à enfermagem. No entanto, observa-se que os métodos utilizados não consideram importantes variações locais, como quadro epidemiológico, necessidades e contexto socioeconômico, taxas de morbimortalidade e acesso aos serviços de saúde.

Conclusões

Dos artigos selecionados, 22 (vinte e dois) deles, apesar de abordarem o tema de dimensionamento de pessoal, não

apresentavam metodologia clara, sendo algumas subjetivas, outras apenas quantificando o número de profissionais ou planejamento para melhor aproveitamento da capacidade instalada.

Além disso, várias publicações – tanto do Ministério da Saúde quanto da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e da Organização Pan-Americana da Saúde – revelam o envelhecimento da população associado ao aumento da morbimortalidade, ou seja, doenças associadas à terceira idade e causas externas como aumento da violência urbana, impulsionando a urgência de um dimensionamento da força de trabalho em saúde em todos os seus níveis de complexidade que possam ser eficientes e eficazes.

O Ministério da Saúde da Nicarágua (2007) publicou um manual que ressalta a importância da mudança na gestão de recursos humanos, considerando a necessidade de educação para intervenções como regulação, planejamento e gestão, entre outras, para oferecer equidade com qualidade, indicando para tal a necessidade de políticas e investimentos nessa área. A Organização Mundial da Saúde, desde 2006, vem mostrando a importância da adequada gestão dos recursos humanos em saúde para o alcance de resultados satisfatórios tanto para prevenção como para promoção à saúde, assim como para o tratamento.

Diante dos métodos utilizados, podemos observar que todos apresentam alguma limitação e que a maioria dos estudos é referente à enfermagem. As outras categorias profissionais são pouco representadas e estudadas. Fica claro que nenhuma metodologia de forma isolada dá conta de tantos processos envolvidos no dimensionamento, na distribuição e na alocação desses profissionais.

Outro ponto a ser destacado é o pequeno número de publicações referentes aos médicos, mesmo considerando que em algumas regiões há escassez desses profissionais. Ainda quando o quantitativo pareça adequado, nem todos estão capacitados para a realização dos procedimentos e técnicas necessários.

Os poucos estudos que contemplam todas as categorias da saúde envolvidas no cuidado são relativos à Atenção Básica. Em todos os estudos que utilizaram o método de Indicadores de Carga de Trabalho para Necessidade de Pessoal, fica claro que ele é uma ferramenta para orientação de alocação da força de trabalho em saúde em seus diferentes níveis de complexidade, que visa proporcionar distribuição mais equilibrada de seus recursos humanos como resultado da análise. No entanto, deve ser ressaltada a limitação na consideração aos fatores externos, como problemas estruturais e falta de material, entre outros, o que pode levar a análises imprecisas.

Recomendações

Com os resultados obtidos espera-se poder subsidiar, com sustentação metodológica, o dimensionamento dos profissionais de saúde na rede de serviços em todos os níveis, seu delineamento operacional e implantação, otimizando tanto a capacidade profissional como o desempenho dos profissionais.

A partir dessa avaliação é possível compartilhar o conhecimento sobre vantagens e problemas no uso de metodologia baseada na carga de trabalho, visando contribuir para o desenvolvimento de outras opções metodológicas e consequente melhoria na composição de equipes de profissionais de saúde qualificados, gerando assim maior qualidade de vida e saúde da população.

Vale ressaltar que todas as metodologias utilizadas têm como objetivo planejar as necessidades de pessoal nas unidades de saúde, sendo necessária na maioria dos casos a associação de mais de uma para a realização de projeções futuras dessas necessidades. Além disso, deve ser considerado o fato de que algumas análises podem gerar impacto em

diferentes condições de emprego, incluindo mudanças de regime de trabalho, novos direitos ou incentivos ou ainda a introdução de novos programas de formação e capacitação.

Dessa forma, em consonância com os princípios de democratização do conhecimento, este estudo possibilita o acesso à produção e ao debate atual relevantes do campo da saúde coletiva, relacionados ao dimensionamento de pessoal da saúde no SUS e mesmo nos sistemas complementares no território nacional.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Deise Brasil e a Maria Helena Costa Couto pelos comentários e valiosas sugestões durante a redação deste artigo. ■

Referências

ADAMS, L. W. Clocking care hours with workload measurement tools. *Nursing Management*, Philadelphia, v. 34, n. 8, p. 34-39, 2003.

ADAMS, L. W. et al. Budgeting nursing workload for required minimum data set assessments. *Journal of Nursing Management*, Oxford, v. 15, n. 4, p. 442-448, 2007.

ADOMAT, R.; HICKS, C. Measuring nursing workload in intensive care: an observational study using closed circuit video cameras. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 42, n. 4, p. 402-12, 2003.

AIKEN, L. H. et al. Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health Service Research*, Chicago, v. 45, n. 4, p. 904-921, 2010.

ALMEIDA, V. M. L.; JUNQUEIRA, A. R. A.; OLIVEIRA, E. S. Perfil da força de trabalho do Inca. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 87-98, 2007.

ARAÚJO, V. B. et al. Variabilidade do grau de complexidade assistencial do paciente em relação à equipe de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem,* Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 34-39, 2009.

BHASKARA, S. M. Setting benchmarks and determining psychiatric workloads in community mental health programs. *Psychiatric Services Journal*, Maryland, v. 50, n. 5, p. 695-697, 1999.

BOMFIM, D. Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Básica à Saúde como parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 6, p.1462-1470, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.2.528 de 19 de outubro de 2006*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006. Disponível em: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudedaPessoaIdosa.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Temática Prevenção de Violências e Cultura da Paz III. *Painel de Indicadores do SUS n.5*: Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

CAMPOS, L. F.; MELO, M. R. A. C. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: parâmetros, facilidades e desafios. *Cogitare Enfermagem (UFPR)*, Curitba, v. 14, n. 2, p. 237-246, 2009.

CAMUCI, M. B. *Carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva de Queimados segundo o Nursing Activities Score*. 2012. 108p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

CARR, R. A. GRASPing the nettle, the introduction of a workload measurement tool into an accident and emergency department. *Accid. Emerg. Nurs.,* Philadelphia, v. 2, n. 1, p. 21-26, 1994.

CARR, R. A. et al. The Warwick system of prospective workload allocation in cellular pathology – an aid to

subspecialisation: a comparison with the Royal College of Pathologists' system. *J Clin Pathol*., Londres, v. 59, n. 8, p. 835-839. 2006.

COLLETA, M. M. D.; PROCHET, T. C. Comparação de diferentes parâmetros para dimensionamento da equipe de enfermagem em um hospital universitário. *Rev. Adm. Saúde*, São Paulo, v. 7, n. 26, p. 19-24, jan./mar. 2005.

CRUZ, C. W. M. *Construção de instrumento de medida do tempo de trabalho da enfermagem em centro diagnóstico por imagem*. 2012. 109 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

DAL BEM, L. W. *Dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária:* percepção de gerentes e enfermeiras. 2005. 169f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

DAVIAUD, E.; CHOPRA, M. How much is not enough? Human resources requirements for primary health care: a case study from South Africa. *Bulletin of. World Health Organization*, Genebra, v. 86, n. 1, p. 46-51, 2008.

DICKSON et al. Nursing workload measurement in ambulatory care. *Nurs. Econ.,* New Jersey. v. 28, n. 1, p. 37-43, 2010.

DIERS, D.; BOZZO, J. Nursing resource definition in DRGs. RIMS/Nursing Acuity Project Group. *Nursing Economics*, Pitman, v. 15, n. 3, p.124-130, 1997.

DRAKE, R. Nursing workforce planning: insights from seven Malasyan Hospitals. *Br. J. Nurs.* Londres, v. 22, n. 2, p. 95-100, 2013.

DUCCI, A. J. et al. Nursing Activies Score (NSA): Estudo comparative dos resultados da aplicação retrospectiva e prospectiva em Unidade de Terapia Intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem,* São Paulo, v. 21, n. 4, p. 581-587, 2007.

DUFFIELD, C.; ROCHE, M.; MERRICK, E. T. Methods of measuring nursing workload in Australia. *Collegian,* Subiaco, v.13, n.1, p.16-22, 2006.

FARIZOTE, B. *Análise estratégica da modalidade hospital-dia na unidade hospitalar do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia*. 2013. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

FASOLA, G.; APRILE, G.; AITA, M. A model to estimate human resource needs for the treatment of outpatients with cancer. *J. Oncol. Pract*., Alexandria, v. 8, n. 1, p. 13-17, 2012.

FUGULIN, F. M. T. *Parâmetros Oficiais para o Dimensionamento de Profissionais de Enfermagem em Instituições Hospitalares:* análise da Resolução COFEN Nº 293/04. 2010. 154 f. Tese (Livre docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento informatizado de profissionais de enfermagem: desenvolvimento de um *software*. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). *O trabalho em saúde:* abordagens quantitativas e qualitativas. 11 ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011. v. 1, p. 91-100.

GONÇALVES, L. A. et al. *Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva de adultos no primeiro dia de internação*. 2006. 82 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

GHOSH, B.; CRUZ, G. Nurse requirement planning: a computer-based model. *J. Nurs. Manag.,* Oxford, v. 13, n. 4, p. 363-367, 2005.

GOUVEA, P. B. *Relação entre horas requeridas e horas disponíveis de assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva*. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

GUIMARÃES, H. C. Q. C. P.; BARROS, A. L. B. L. Classificação das intervenções de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 130-134, 2001.

HARTIGAN, R. C. The synergy model establishing

criteria 1:1 staffing ratios. *Critical care nurse,* Boston, v. 20, n. 2, p. 112, 114-16. 2000.

HOSSAIN, B.; ALAM, S. A. Workload indicators staffing need for human resource management and planning in the health sector of Bangladesh. *Human Resources for Health Development Journal (HRDJ)*, Bangkok, v. 3, n. 2, p. 1-14, 1999.

HURST, K. et al. Calculating staffing requirements. *Nursing Management (Harrow)*, Philadelphia, v. 15, n. 4, p. 26-34, 2008.

JEANG, A. Flexible nursing staff planning with adjustable patient demands. *Journal of Medical Systems*, New York, v. 20, n. 4, p. 173-182, 1996.

JONG A, E.; LEEMAN, J.; MIDDEL KOOP, E. Development of a nursing workload measurement instrument in burn care. *Burns*, Guildford, v. 35, n. 7, p. 942-948, 2009.

KAKUSHI, L. E. *Mensuração e análise do tempo de assistência de enfermagem direta e indireta em unidade de terapia intensiva*. 2012. 83f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

KROKOSCZ, D. V. C. *Efeitos da alocação de pessoal e de carga de trabalho de enfermagem nos resultados da assistência em unidades de internação médico-cirúrgicas*. 2007. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

LEVIN, S. et al. Shifting toward balance: measuring the distribution of workload among emergency physician teams. *Ann. Emerg. Med.*, Lansing, v. 50, n. 4, p. 419-423, 2007.

LIPSCOMB, J. et al. Determining VA physician requirements through empirically based models. *Health Serv Res*, Chicago, v. 29, n. 6, p. 697-717, 1995.

LYNEHAM, J.; CLOUGHESSY, L.; MARTIN, V. Workloads in Australia emergency departments a descriptive study. *Int Emerg Nurs,* Oxford, v. 16, n. 3, p. 200-206. 2008.

MAGALHÃES, A. M. Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente: estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, v. 21, n. spe, p.1-9, fev. 2013.

MARINHO, A. M. *Dimensionamento de profissionais de enfermagem baseado na resolução Cofen 293/2004*. Relatório Técnico COFEN. Rio de Janeiro: COFEN, 2009.

MATSUSHITA, M. S.; ADAMI, N. P.; CARMAGNI, M. I. Dimensionamento do pessoal de enfermagem das unidades de internação do Hospital São Paulo. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 9-19, 2005.

MATTIA, A. L. *Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro cirúrgico*. 1998. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1998.

MELLO, M. C. Carga de trabalho de enfermagem: indicadores de tempo em unidades de clínica médica, cirúrgica e terapia intensiva adulto. 2011. 228p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MILLIGAN, D. W. et al. Nursing workload in UK tertiary neonatal units. *Arch. Dis. Child*, Londres, v. 93, n. 12, p. 1059-1064, 2008.

MIRANDA, D. R. et al. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items---results from a multicenter study. *Critical Care Med,* Philadelphia, v. 24, n. 1, p. 64-73, 1996.

MOORHEAD, J. C. et al. A study of the workforce in emergency medicine. *Ann. Emergency Medicine*, Lansing, v. 27, n. 6, p. 691-700, 2007.

MYNY, D. et al. Determination of standard times of nursing activities based on a Nursing Minimum Dataset. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 66, n. 1, p. 92-102, 2010.

NAMAGANDA, G. Testing the WISN method in Mbale and Mukono districts, Uganda, 2006. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Applying the*

WISN method in practice: case studies from Indonesia, Mozambique and Uganda. Genebra: WHO, 2010. p.18-23.

NICARÁGUA. Ministério de Salud. Dirección Geral de Recursos Humanos. *Manual de procedimientos de planificación y programación de recursos humanos.* Managua: MINSA, 2007.

NICOLA, A. L. *Dimensionamento do pessoal de enfermagem no Hospital Universitário do Oeste do Paraná*. 2004. 153f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

NYANTEMA, A. S. et al. Staffing needs for quality perinatal care in Tanzania. *African Journal of Reproductive Health,* Benin City, v. 12, n. 3, p. 113-124, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Trabalhando juntos pela saúde: Relatório Mundial de Saúde* 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

PADILHA, K. G. et al. Nursing workload in intensive care units: a study using the Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28). *Intensive Critical Care Nursing*, Edinburgh, v. 23, n. 3, p. 62-69, 2007.

PIERANTONI, C. R. et al. Carga de trabalho de um profissional típico da Atenção Primária em Saúde no Brasil: os agentes comunitários de saúde. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Juiz de Fora, v. 14, n. 4, p. 490-496, 2011a.

PIERANTONI, C. R. et al. Indicadores de carga de trabalho para profissionais da Estratégia Saúde da Família. In: PIERANTONI, C. R.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. (Org.). *O Trabalho em Saúde:* abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH, 2011b. p. 55-68.

PILLAY, T. et al. Neonatal nurse staffing and delivery of clinical care in the SSBC Newborn Network. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.*, Londres, v. 97, p. 174-178, 2012.

POSSARI, J. F. *Dimensionamento de profissionais de enfermagem em centro cirúrgico especializado em oncologia:* análise dos indicadores intervenientes. 2011. 185f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

QUEIJO, A. F. *Estudo comparativo de carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva geral e especializadas segundo o Nursing Activities Score (NSA)*. 2008. 91f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

RABY, C. et al. Postpartum/newborn patients: who are they and do they all need the same amount of nursing care? *J Nurs Man,* Oxford, v. 16, n. 2, p. 198-203, 2008.

RAMOS, M. C. A.; CRUZ, L. P.; POLLARA, W. M. Desenvolvimento e aplicação de metodologia para o dimensionamento do corpo clínico em um hospital de ensino do município de São Paulo. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 3-10, 2012.

REAM, R. S. et al. Association of nursing workload and unplanned extubations in a pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, Baltimore, v. 8, n. 4, p. 366-371, 2007.

REID, B.; KANE, K.; CURRAN, C. District nursing workforce planning: a review of the methods. *British Journal of Community Nursing*, Londres. v. 13, n. 11, p. 525-530. 2008.

REIS MIRANDA, D.; MORENO, R.; IAPICHINO, G. Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 584-90, 2010.

ROSSETTI, A. C. *Carga de trabalho de profissionais de enfermagem em pronto socorro:* proposta metodológica. 2010. 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SANTOS, N. C. *Construção de instrumento para identificação da carga de trabalho da equipe de enfermagem em unidades pediátricas*. 2006. 109f. Dissertação

(Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SAWATZKY-DICKSON, D.; BODNARYK, K. Validation of a tool to measure neonatal nursing workload. *Journal Nursing Managemen*t. Oxford, v. 17, n. 1, p. 84-91, 2008.

SCHOO A. M. et al. Workload capacity measures of estimating allied health staffing requirements. *Aust. Health Rev.,* Sidney. v. 10, n. 6, p. 376-82. 2008.

SERAN, S. et al. Decentralized application of the WISN method in Nusa Tenggara Timur Province, Indonesia, 2008. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Applying the WISN method in practice*: case studies from Indonesia, Mozambique and Uganda. Genebra: WHO, 2010. p. 1-9.

SOLIMAN, F. Improving resource utilization.through patient dependency systems. *Journal of Medical Systems*, New York, v. 21, n. 5, p. 291-302, 1997.

SPENCE, K. et al. Measuring nursing workload in neonatal intensive care. *Journal of Nursing Management*, Oxford, v. 14, n. 3, p. 227-234, 2006.

STENSKE, J.; FERGUSON, R. Analysis of labor and delivery workload. *Nursing Management*, Philadelphia, v. 27, n. 6, p. 30-32, 1996.

TSUKAMOTO, R. R. *Tempo médio de cuidado ao paciente de alta dependência de enfermagem segundo o Nursing Activities Score (NAS)*. 2010. 107f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

TWIGG, D.; DUFFIELD, C. A review of workload measures: a context for a new staffing methodology in Western Australia. *International Journal of Nursing Studies*, Oxford, v. 46, n. 1, p. 131-139, 2009.

UPENIEKS, V. V. et al. Value-added care: a new way of assessing nursing staffing ratios and workload variability. *Journal of Nursing Administration*, Philadelphia. v. 37, n. 5, p. 243-52, 2007.

VOLPATTI, C. et al. Time-weighted nursing demand is a better predictor than midnight census of nursing supply in a intensive care unit. *J. Critical Care*. Philadelphia, v. 15, n. 4, p.147-150, 2000.

WALLIS, L. A.; TWOMEY, M. Workload and casemix in Cape Town emergency departments. *South African Medical Journal*, Cape Town, v. 97, n. 12, p. 1276-1280, 2007.

WILLIS, E. et al. Calculating nurse staffing in community mental health and community health settings in South Australia. *Nursing Forum*, Hillsdale, v. 47, n. 1, p. 52-64, 2012.

WYSOKINSKI, M.; KSYKIEWICZ-DOROTA, A.; FIDECKI, W. Demand for nursing care for patients in intensive care units in South east Poland. *American Journal of Critical Care*, Aliso Viejo, v. 19, n. 2, p. 149-55, 2010.

Recebido para publicação em setembro de 2014
Versão final em dezembro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: CNPq, Processo 310404/2013-4 (Bolsa de Produtividade em Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora) e Uerj, Programa de Incentivo à Produção Científica, Técnica e Artística (PROCIENCIA/Uerj/Faperj)

Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios

Health Surveillance System in Brazil: advances and challenges

Cátia Martins de Oliveira[1], Marly Marques Cruz[2]

RESUMO O objetivo deste artigo é refletir sobre o percurso político e organizacional do Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, realizado por meio de uma revisão narrativa em bases de domínio público, no período compreendido entre 1998 e 2013. Os autores apresentam uma breve trajetória do campo das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária em direção a um sistema mais integrado e resolutivo. Por fim, faz-se um debate acerca dos avanços e dos desafios de articulação das propostas de mudança organizacional e da integração de práticas em busca de respostas mais efetivas no âmbito da Vigilância em Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Vigilância em saúde; Integralidade em saúde; Avaliação; Revisão.

ABSTRACT *This paper aims to discuss the political and organizational trajectory of the Health Surveillance System in Brazil. The paper is an exploratory and descriptive study, whose data were obtained through a literature review carried out in public domain databases from 1998 to 2013. The authors present a brief trajectory of the field of epidemiological, environmental and health surveillance toward a more integrated system, with case-resolution capacity. Finally, a debate was promoted on the advances and challenges of articulating proposals for organizational change and integrating practices in search of more effective responses within the scope of Health Surveillance.*

KEYWORDS *Public health surveillance; Integrality in health; Evaluation; Review.*

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Escola Nacional de Saúde Pública Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
catia@ensp.fiocruz.br

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

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, ao garantir os direitos fundamentais do cidadão previstos na Constituição Federal de 1988, estabeleceu uma conquista sem precedentes para o País. Desde sua criação, muitas mudanças têm-se verificado no campo das políticas públicas de saúde com resultados importantes, como, por exemplo, a redução da taxa de mortalidade infantil, o controle de doenças infecciosas, a implementação de programas considerados exitosos, tais como o de imunização e o de Doenças Sexualmente Transmissíveis/*Acquired Immunological Deficiency Syndrome* (DST/Aids) — este último, reconhecido internacionalmente — e da Estratégia Saúde da Família (ESF), como indução para a reorientação do modelo de atenção à saúde (MENICUCCI, 2009).

Se por um lado a implementação dessas estratégias, agregada ao complexo movimento de reforma política e administrativa no SUS, representou um avanço na tentativa de produzir intervenções mais efetivas, por outro, reforçou ainda mais o processo de fragmentação das ações de saúde, na medida em que muitas tiveram um cunho de centralização política, e intensificou, no campo da promoção e da proteção à saúde, um desperdício do seu extraordinário potencial de atuação (GONDIM, 2008).

A complexidade do cenário epidemiológico atual, caracterizado pela tripla carga de doenças na população — permanência de doenças agudas, aumento do peso relativo às condições crônicas e às causas externas —, é decorrente, também, dessa forma de gestão das práticas sanitárias, a qual necessita de maior organicidade para desencadear ações oportunas que auxiliem na redução ou eliminação dos riscos à saúde e ampliem a capacidade de resposta do sistema.

Debates ocorridos na década de 1990 geraram uma profunda reflexão sobre a necessidade de incorporação de intervenções que não se limitassem à ação de prevenção e de controle dos danos, mas que tomassem como objeto a dinamicidade do processo saúde-doença. Para o SUS, que pretende ser um sistema integrador, colocou-se na arena a importância da implementação de arranjos e de estruturas organizativas na direção de seu fortalecimento (GONDIM, 2008; TEIXEIRA, 2001).

Uma das propostas surgiu no campo da vigilância — conceito central para a teoria e a prática da saúde pública. Nessa perspectiva, o modelo baseado na Vigilância em Saúde (VS), cuja tônica é a busca de respostas mais efetivas para as demandas e os problemas de saúde, propõe-se a trabalhar a lógica de um conjunto articulado e integrado de ações, que assumem configurações específicas de acordo com a situação de saúde da população em cada território transcendendo os espaços institucionalizados do sistema de serviços de saúde. Segundo a concepção sistematizada por Paim, buscou-se, com essa noção, uma interlocução maior entre 'controle de causas', 'controle de riscos' e 'controle de danos' por meio da redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades e das relações técnicas e sociais (ARREAZA; MORAES, 2010; TEIXEIRA, 2002).

A construção dessa proposta trouxe para o cenário a ênfase sobre a organização das diferentes especialidades de VS existentes no Brasil, em consonância com um sistema único e coordenado, capaz de enfrentar a complexidade do quadro sanitário brasileiro de forma mais resolutiva (MENDES, 1994). Esse enfoque pressupõe uma abordagem mais articulada entre as vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária e pode ser considerada uma tentativa de desvincular a atuação por agravos e por programas, de modo a enfrentar a superposição de ações direcionadas para o controle do hospedeiro, do agente etiológico, do meio ambiente ou da produção e comercialização de fármacos e alimentos.

A adoção do conceito de VS procura simbolizar um enfoque ampliado, pautado na indução de uma organização de práticas que pretendem se configurar de forma

mais sistêmica por meio da incorporação de contribuições da epidemiologia, da geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia e das ciências sociais em saúde, produzindo e utilizando de forma compartilhada a informação e a comunicação, a fim de melhor instrumentalizar a intervenção (SILVA, 2008A; VILASBÔAS, 1998).

Sob a premissa de que esse modelo pode atuar como suporte político-institucional para o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) foi instituída, no ano de 2003, pelo Ministério da Saúde (MS). Essa proposta representou o esforço de ampliação da capacidade de operação da VS no País, principalmente no âmbito dos sistemas estaduais e municipais, voltada a um pensar inovador a respeito da organização do SUS e de novo olhar sobre a saúde pública (TEIXEIRA, 2001; MENDES, 1994).

No entanto, a trajetória de implementação dessa proposta ao longo dos últimos anos revela que, mesmo considerando o avanço das ações de VS, no sentido de promover uma profunda reorganização no âmbito normativo-organizacional, estas ainda se encontram geralmente subdivididas em áreas ou setores distintos e formais, em que cada qual atua para o seu objeto de atenção. Esse aspecto aponta a necessidade de uma base que permita o diálogo entre os componentes da VS, fortalecendo a capacidade de gestão do sistema de maneira mais equânime e integradora.

Para Arreaza e Moraes (2010), a proposta de VS tem enfrentado inúmeros desafios na busca de novas formas da operacionalização de práticas que considerem as complexas dimensões do processo saúde-doença. Esse esforço, porém, não pode ficar concentrado na formulação de modelos conceituais ou restrito à produção de informação e de capacitação técnica dos atores envolvidos.

Outros autores reforçam também a complexidade de sua consolidação tanto do ponto de vista político como do técnico sanitário, estimulando a necessidade de uma discussão mais ampliada sobre os nós críticos que perpassam a configuração dos meios de trabalho, os quais ainda se mantêm de forma normativa e centralizadora (ARREAZA; MORAES, 2010; GONDIM, 2008).

Inserido nesse contexto, o presente artigo tem por objetivo contribuir para a discussão sobre o processo de estruturação e consolidação do Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil. A reflexão que aqui se apresenta abordará e discutirá os avanços e os desafios no percurso de sua institucionalização no País, procurando analisar essa trajetória à luz dos principais marcos estabelecidos no âmbito político-institucional da SVS.

Método

Trata-se de uma revisão narrativa, que compreende a descrição e o desenvolvimento sobre o estado da arte de determinado assunto sob o ponto de vista teórico ou contextual. A seleção de publicações para esta revisão foi realizada por meio de busca nas seguintes bases de dados: Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *SciELO* (*Scientific Electronic Library Online*) e no banco de dados de tese/dissertação da Capes (órgão de coordenação para Pós-Graduação). A opção por essas bases deveu-se ao fato de contemplarem a produção nacional com indexação em periódicos conceituados na área da saúde.

Na revisão, foram utilizados como descritores os termos: Vigilância em Saúde e as vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária. Optou-se por focar principalmente, neste artigo, o conteúdo das práticas que compõem essas três áreas, dada a tradição no campo da saúde pública e por seus aspectos institucionais. As aspas (“”), operador de proximidade, foram usadas para limitar a pesquisa a artigos em que os termos estivessem adjacentes ao texto.

Os critérios de inclusão para a seleção das publicações foram: artigos de pesquisa publicados em português que abordassem a temática proposta e respondessem ao objetivo do estudo. Como critérios de exclusão utilizaram-se: referências que não possuíssem acesso gratuito ao texto completo *online* e outras línguas que não as citadas nos critérios de inclusão.

Foram elegíveis, igualmente, para este estudo os instrumentos normativos que regem o Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil, tais como portarias e resoluções do Ministério da Saúde, publicizados no período compreendido entre 1998 e 2013. Na busca realizada, foram encontradas duzentas e quarenta e oito publicações potencialmente relevantes, no entanto, os critérios de exclusão mencionados eliminaram a maioria, permanecendo quarenta publicações selecionadas sobre a temática. A análise de revisão narrativa seguiu a metodologia proposta por Minayo (2010), que considera como etapas a escolha dos artigos a serem utilizados, a exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dos achados.

Resultados e discussão

Vigilância em Saúde no contexto do SUS

Para entender melhor o cenário atual da VS é importante resgatar uma breve trajetória das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, tendo-se em mente que os seus objetivos e instrumentos de intervenção foram se constituindo de forma diferenciada no SUS, como reflexo das mudanças ocorridas no contexto histórico e político do País.

Vigilância epidemiológica

O percurso da vigilância epidemiológica no Brasil e em vários outros países esteve bastante associado às doenças transmissíveis. Até a década de 1940, o termo vigilância era empregado principalmente com a finalidade de observação sistemática de contatos de doentes, porém assumiu um significado mais amplo nos anos de 1950, o de acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde, com o propósito de aprimorar as medidas de controle, configurando a noção de vigilância epidemiológica. A partir desse período, a vigilância epidemiológica tornou-se tema central de importantes debates no campo da saúde pública, passando a ser reconhecida como função essencial e estratégica (MONKEN; BATISTELLA, 2008; WALDMAN, 1998).

Com a realização da XXI Assembleia Mundial de Saúde, no ano de 1968, o Centro de Investigações Epidemiológicas (CIE) foi implantado no Brasil, estabelecendo-se o primeiro Sistema Nacional de Notificação Semanal de Doenças. Contudo, a concepção de vigilância epidemiológica enquanto 'informação para ação' só veio a ser introduzida oficialmente no País na década de 1970 com a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), impulsionada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-americana de Saúde (Opas) (WAKIMOTO, 1997).

A criação desse sistema, que teve como foco central o controle das doenças transmissíveis, em particular aquelas com alto poder de disseminação, mostrou-se de fundamental importância para a vigilância epidemiológica no MS e nas secretarias estaduais de saúde, excluindo os municípios, que não exerciam o papel de gestores do sistema de saúde naquela época (SILVA JR., 2004).

Avanços significativos na capacidade de resposta aos problemas de saúde foram percebidos, como, por exemplo, a melhoria no desempenho do Programa Ampliado de Imunização, porém o SNVE foi, também, o marco de dissociação da vigilância epidemiológica em relação à vigilância sanitária. Apesar das atividades de ambas as vigilâncias terem sido ampliadas

e redefinidas, promovendo, inclusive, inter-relações entre as duas estruturas, notou-se um processo de autonomização dessas práticas no SUS (BRASIL, 2005; SILVA JR., 2004).

Nos anos de 1990, foi implantado o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), vinculado à Fundação Nacional de Saúde (Funasa), trazendo para o campo da vigilância epidemiológica uma importante experiência no controle de doenças e agravos inusitados à saúde. Nesse período, os propósitos, as estratégias e as ações da vigilância epidemiológica foram redefinidas nas três instâncias de gestão do sistema com a prerrogativa de reforçar mudanças, tendo sido concebida sua definição na Lei Orgânica 8.080/90 como:

> [...] um conjunto de atividades que proporciona a obtenção de informações fundamentais para o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores que determinam e condicionam o processo saúde-doença, em nível individual ou coletivo, com objetivo de se recomendar e adotar de forma oportuna as medidas de prevenção e controle dos agravos. (BRASIL, 1990, P. 3).

Essa definição promoveu a expansão do conceito de vigilância, inicialmente restrito às doenças transmissíveis, às doenças não transmissíveis (anomalias congênitas, desnutrição, doenças crônico-degenerativas etc.) e aos outros agravos, como acidentes e violências. Barata (1993) comenta que esse termo foi se transformando ao longo do tempo, entretanto seu *locus* de atuação não conseguiu ultrapassar a doença enquanto evento tomado como objeto, dificultando uma abordagem sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde.

Ainda na década de 1990, o fortalecimento de sistemas municipais de vigilância epidemiológica ganhou destaque com a instituição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 96), pela qual se estabeleceu que esses sistemas deveriam ser dotados de autonomia técnico-gerencial para enfatizar os problemas de saúde próprios de suas respectivas áreas de abrangência. Foi em 1999, porém, com a publicação da Portaria Ministerial nº 1.399, que ocorreu a regulamentação quanto às competências da União, dos estados e dos municípios na área de epidemiologia e no controle de doenças, induzindo-se a efetiva descentralização de suas ações para estados e municípios, processo que avançou rapidamente no País. Esse instrumento normativo regulamentou também o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), mecanismo de transferência fundo a fundo de recursos financeiros do governo federal para estados e municípios (BRASIL, 1996; BRASIL, 1999A).

A partir desse período, a descentralização das atividades de controle de doenças para os municípios representou enorme expansão e capilarização das ações. Subjacente à reorganização do sistema de saúde brasileiro, a vigilância epidemiológica logrou importantes avanços, principalmente com a incorporação de outros objetos de vigilância, além das antigas doenças de notificação compulsória, tais como as questões nutricionais, os fatores ambientais, a saúde mental, as relações entre saúde e trabalho, a violência e a vigilância de fatores de risco, incentivado principalmente pela OMS e Opas (BRASIL, 2005; WALDMAN, 1998).

No entanto, como afirma Drumond (2003), é preciso considerar que, a despeito dos avanços alcançados, o método de trabalho continua a concentrar esforços na busca da informação, resultando em vigilância centrada fundamentalmente na rotina voltada à notificação e à investigação de casos, à transmissão de dados para outros níveis e à construção de bases e sistemas de informação (SILVA, 2008B; CARVALHO, 2005). Mesmo considerando a importância das atividades tradicionais de sua competência, seu escopo de atuação precisa ganhar nova amplitude, ultrapassando as limitações no que concerne à perpetuação de um sistema direcionado a um grupo de doenças específicas.

É inegável a importância da permanência da especificidade do objeto e dos métodos de intervenção, porém o conjunto de atividades da vigilância epidemiológica precisa resultar em um trabalho coletivo e integrado, que auxilie a superação de uma dissociação já cristalizada entre as demais vigilâncias, contribuindo, assim, para impulsionar a mudança do modelo de atenção à saúde (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009; DRUMOND, 2003).

Nessa linha de pensamento, Oliveira e Casanova (2009) apontam que a lógica de atuação deve levar em conta a complexidade dos agravos e seus determinantes no âmbito territorial, para que a abordagem não fragmente o campo prático das ações de saúde, mas promova a interlocução com outras áreas, viabilizando a capacidade de respostas mais efetivas.

Vigilância ambiental

A incorporação da vigilância ambiental no âmbito das políticas públicas de saúde é relativamente recente no Brasil e suas ações estão inseridas no campo de atuação do SUS, portanto são pautadas pelos mesmos princípios e diretrizes.

Na década de 1990, a intenção de intervir nos fatores de risco ambiental já aparecia na Lei nº 8.080, estimulando o debate sobre as ações de vigilância ambiental, porém a implementação de uma área de vigilância ambiental no âmbito do MS começou a ser pensada e discutida com a elaboração da Política Nacional de Saúde Ambiental, em 1998, principal iniciativa em relação à temática saúde e ambiente. O advento do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigisus), ocorrido no final dos anos de 1990 e com financiamento do Banco Mundial, também fortaleceu o movimento de incorporação de práticas que considerem o conjunto de fatores ambientais em um dado território, elegendo o município como o espaço privilegiado para o acompanhamento e o controle dos efeitos ambientais na saúde.

Até esse período, as ações de controle sobre o meio ambiente relacionadas à saúde, como, por exemplo, a vigilância da água para consumo humano, estiveram subordinadas à vigilância sanitária. Somente em 2000, o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde (Sinvas) foi estruturado pelo MS e definiram-se competências no âmbito federal, estadual e municipal por meio da Instrução Normativa Funasa nº 01/2001 (BRASIL, 1998; FREITAS; FREITAS, 2005). De acordo com o entendimento de Barcellos e Quitério (2006), a vigilância ambiental em saúde teve a sua importância reconhecida em virtude da relação entre ambiente e saúde, razão pela qual a combinação de seus componentes deveria ser conduzida de modo a gerar a prevenção ou a redução da exposição humana a fatores ambientais prejudiciais à saúde.

As prioridades de intervenção dessa vigilância estão focadas em fatores biológicos, representados por vetores, por hospedeiros, por reservatórios e por animais peçonhentos, bem como em fatores não biológicos, tais como a água, o ar, o solo, os contaminantes ambientais, os desastres naturais e os acidentes com produtos perigosos, apoiadas no reconhecimento da relação entre os possíveis riscos existentes nesses fatores e seus efeitos adversos sobre a saúde. Destaca-se que a vigilância ambiental em saúde possui necessariamente um caráter integrador inter e intrassetorial, o que cria a exigência de vínculos e de articulações com todas as outras formas de vigilância já definidas institucionalmente e presentes no sistema de saúde (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006).

A implementação do Projeto Vigisus, com o desafio de estruturar sistemas de vigilância em saúde, colaborou no sentido de fomentar uma visão mais ampla acerca do conjunto de fatores ambientais que deveriam ser sistematicamente acompanhados, levando-se em consideração o território no qual essas interações ocorrem, procurando superar, com isso, o viés de dissociação entre os componentes da VS. Algumas estratégias

foram disparadas na direção de uma ação coordenada voltada ao planejamento em nível sistêmico, mas ainda centradas na criação de indicadores para monitoramento contínuo dos riscos ambientais à saúde (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006; FREITAS; FREITAS, 2005).

Mesmo com a divisão operacional entre fatores de risco biológicos e não biológicos, estabelecida na Secretaria de Vigilância Ambiental, torna-se imprescindível um compartilhamento teórico-metodológico por meio de um desenho organizacional, pelo qual se permita que as ações ocorram articuladas e integradas com os demais instrumentos das vigilâncias. Essa configuração poderá permitir uma abordagem mais ampliada dos problemas ambientais, que possuem na sua origem múltiplos fatores que interagem e são interdependentes, para dar conta da integralidade na proteção contra os riscos (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

Vigilância sanitária

A vigilância sanitária, ao longo dos anos, teve um escopo de atuação baseado em ações normativas, cujo objeto de ação é constituído pelos ambientes que direta ou indiretamente interferem no processo saúde-doença; no entanto, existem controvérsias em relação ao seu campo de atuação na saúde pública. Alguns autores julgam que essa prática não apresenta as características essenciais da concepção moderna de vigilância sanitária por ter as atividades de regulação, de controle e de fiscalização sanitária como núcleo central. Contudo, não se pode esquecer que as atividades da vigilância sanitária surgiram da necessidade de proteção da população em decorrência da propagação de doenças transmissíveis nos agrupamentos urbanos com o objetivo de eliminar situações de risco à saúde. Portanto, seus métodos de intervenção não se restringem às ações meramente técnicas, porém têm como eixos propulsores as ações dirigidas ao fortalecimento da sociedade e da cidadania com o propósito da promoção da saúde e da prevenção de danos ou agravos (SILVA JR, 2004; TEIXEIRA; COSTA, 2003).

Conceitualmente, a vigilância sanitária é reconhecida como um conjunto de estratégias institucionais, administrativas, programáticas e sociais, integradas e orientadas por políticas públicas que se destinam a eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, com base em serviços e em ações integrais e essenciais à defesa e à promoção da vida em seu ambiente (LUCHEESE, 2001).

A atuação da vigilância sanitária é abrangente, sendo responsável pelo controle de todos os processos — desde a produção ao consumo — dos bens que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. Essa amplitude de atuação coloca como tônica para a vigilância sanitária que ações gerenciais e sanitárias sejam desenvolvidas por meio de um exercício democrático, participativo e de forma articulada, de modo a garantir a qualidade dos produtos, dos serviços e dos ambientes, aspectos que são fundamentais para a saúde da população (DE SETA, 2007; LUCHEESE, 2001).

A implantação de ações voltadas para vigilância sanitária surgiu no Brasil com a chegada da Corte Portuguesa, em 1808, e tinham a finalidade de efetuar o controle sanitário dos produtos a serem comercializados e consumidos, além dos estabelecimentos comerciais; de combater a propagação de doenças, principalmente as epidêmicas; de resolver questões de saneamento; e de fiscalizar o exercício profissional na área da saúde (DE SETA, 2007; COSTA; ROZENFELD, 2000).

No ano de 1832, a sua atuação ganhou contornos mais definidos com o código de posturas do Rio de Janeiro, no qual se instituíram normas para o exercício da medicina e da farmácia, bem como para o controle de medicamentos e de alimentos. Cerca de sessenta anos depois, mais precisamente em 1889, regularizou-se o serviço de polícia sanitária nas administrações regionais mediante a adoção de preceitos para impedir o desenvolvimento de epidemias,

mas foi em 1914 que se regulamentou a diretoria geral de saúde pública, com ênfase nas ações de vigilância e polícia sanitária nos portos, domicílios e lugares públicos. A partir desse período, várias instituições foram criadas e muitas normas e legislações estabelecidas, gerando profundas mudanças em sua concepção, na estrutura e na forma de atuação institucional (LUCHESE, 2001; COSTA; ROZENFELD, 2000).

Cabe destacar que foi somente a partir da década de 1970 que a vigilância sanitária começou a se apresentar de maneira mais visível ao setor de saúde com a criação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS/MS) durante o processo de reformulação do MS. Foi também nesse período que ocorreu a modificação da terminologia 'fiscalização' para 'vigilância', em que a vigilância sanitária ampliou o seu campo de ação, antes destinado principalmente ao controle e punição (COSTA; FERNANDES; PIMENTA, 2008).

Na atualidade, a vigilância sanitária encontra-se incorporada à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), destacando-se que esse processo teve lugar após intensos debates e disputas na década de 1980.

A Anvisa surgiu em 1999 e colocou a vigilância sanitária em outro rumo, passando a administrar as atividades concebidas para o Estado como papel de guardião dos direitos do consumidor e como provedor das condições de saúde da população. Essa agência tem por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras (COSTA; ROZENFELD, 2000).

Nessa perspectiva, as vigilâncias sanitárias estaduais e municipais passaram a se organizar em outra estrutura para cuidar de todas as áreas a que foram atribuídos os seus serviços. Esse processo de descentralização das ações foi acompanhado pela organização de novas práticas e, nesse movimento, ainda que com inúmeras dificuldades, produziu um esforço político para efetivar as propostas de integração das ações de vigilância ao conjunto das ações de saúde de outros âmbitos setoriais, como meio ambiente e agricultura (BRASIL, 2009A; DE SETA, 2006; BRASIL, 1999B).

Portanto, mesmo com base em um modelo autárquico, mais compatível com políticas públicas de mercado, é difícil reconhecer o distanciamento da vigilância sanitária do escopo de atuação da VS, principalmente quando se associam os conceitos de risco e de vulnerabilidade.

De acordo com Teixeira e Costa (2003), movimentos importantes de redefinição das relações das vigilâncias epidemiológica e ambiental com a Anvisa têm ocorrido, reforçando a articulação interinstitucional. A configuração atual, porém, ainda parece ser um dos principais obstáculos à efetiva implementação da proposta da VS, dificultando a interlocução com outras práticas necessárias, que visem ampliar o grau de intervenção sobre a problemática situação sanitária brasileira.

Vigilância em Saúde no Brasil

Para responder aos desafios pelos quais o País passa, imerso em uma situação de saúde complexa com a superposição de problemas cuja causalidade é distinta, as ações das vigilâncias epidemiológica e ambiental, que eram realizadas por diferentes estruturas do MS, foram assumidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), instituída em 2003 pelo MS por meio do Decreto nº 4.726/2003 (BRASIL, 2003).

A SVS passou a ser responsável pela coordenação nacional de todas as ações executadas pelo SUS nas áreas de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não transmissíveis, dos programas de prevenção e controle de doenças, de informações epidemiológicas, de análise da situação

de saúde e de vigilância em saúde ambiental. Estabeleceu-se como marco estrutural para potencializar o processo de descentralização da VS, apoiando as instâncias estaduais e municipais de modo a se habilitarem a desenvolver, progressivamente, suas atribuições e competências na área, segundo a Portaria nº 1.172/2004, na qual também foi destacado o mesmo grau de importância para o funcionamento de cada esfera de gestão (BRASIL, 2004).

As secretarias estaduais de saúde assumiram o papel de supervisão e de assessoria aos municípios, estimulando o processo de descentralização e de qualificação das ações de VS, porém ainda sob a forte coordenação da esfera federal, com base em regulamentação e transferências financeiras. Em relação às secretarias municipais de saúde, estas se responsabilizaram, gradativamente, pela gestão e execução das ações básicas das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, incluindo o desenvolvimento de recursos humanos, com a perspectiva de contribuir para um novo modelo voltado à consolidação da VS.

A publicação do Pacto pela Saúde, em 2006, considerado um instrumento de regulação e orientação operacional do SUS, incentivou a integração das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária. Cada gestor deveria assinar um termo de compromisso com a gestão e a execução das ações de saúde, no qual se incluem também as de VS. A interface com Atenção Básica foi prevista igualmente no Pacto de Gestão, compromisso firmado entre o MS e os Conselhos dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (Conass e Conasems, respectivamente). A adesão ao Pacto pela Saúde promoveu mudanças importantes, que impulsionaram o processo de certificação para gestão das ações de VS (BRASIL, 2006A).

Ainda nessa direção, a Portaria nº 3.252/2009 destacou as diretrizes, ações e metas das três esferas de gestão de VS como componentes estratégicos, que deveriam ser inseridos no Plano de Saúde. Essa portaria ratificou ainda a inserção da área da vigilância sanitária, articulada ao conjunto de estratégias que definem a organização do trabalho das vigilâncias no campo da saúde. Mais recentemente, o Decreto nº 6.860/2009, ao estabelecer as competências da SVS/MS como gestora do Sistema de Vigilância em Saúde, ressaltou seu papel, em conjunto com a Anvisa, na formulação da Política de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2009A; BRASIL, 2009B).

Outras iniciativas surgiram no intuito de fortalecer e de qualificar a VS, destacando-se aqui o protagonismo do projeto Vigisus. Esse projeto surgiu de um esforço concentrado nas três esferas governamentais, com o objetivo de intensificar a infraestrutura e a capacidade técnica dos sistemas de VS, desafio imposto pela descentralização do SUS. Na primeira etapa, que compreendeu o período de 1999 a 2004, foi considerado uma fonte importante de recursos para promover a implementação das atividades de vigilância nos estados e municípios; já na segunda fase, iniciada em dezembro de 2004 e finalizada em 2009, sua meta foi fortalecer a gestão e a ampliação da capacidade de operação das secretarias estaduais e municipais (BRASIL, 2012; BRASIL, 1998).

Em estudo avaliativo do projeto Vigisus, Brito (2008) percebeu algumas limitações, tais como a dificuldade de se estabelecer as atribuições e responsabilidades de cada esfera de governo e a precariedade dos mecanismos e instrumentos de gestão.

Outros autores destacam que o movimento de implantação da VS no País induz muito mais uma mudança na estrutura organizacional do que a incorporação de um conjunto de compromissos que produza novas interfaces de práticas no intuito de ultrapassar as ações pontuais e fragmentadas, as quais vêm sendo produzidas como reflexo da longa história de centralização do poder em nível federal (SABROZA, 2011; BRASIL, 2006B).

Arreaza e Moraes (2010) ressaltam a necessidade de formulação de abordagens metodológicas alternativas e mais abrangentes,

capazes de gerar reflexão acerca da sustentabilidade do modelo de VS no País. No entanto, ainda imperam limites ao espaço de autonomia dos entes federativos no Brasil, perpetuando um excesso de verticalidade nos programas e decisões, o que dificulta mudanças em direção à integração das vigilâncias na perspectiva da democratização das práticas de saúde (BRASIL, 2009C; BRASIL, 2006B).

Conclusão

A proposta de cada uma das vigilâncias no sentido de compartilhar atribuições e responsabilidades, sem abandonar a especificação técnica de cada uma das áreas, implica novos papéis, bem como relações e práticas inovadoras em todos os níveis do sistema, o que denota o quanto sua implementação é desafiadora e complexa tanto no âmbito político quanto no técnico-operacional.

Nessa direção, as discussões realizadas em torno da alteração de terminologias precisam ser superadas, de forma a produzir um espaço que agregue a conformação das práticas das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, respeitando a condição concreta de cada território. O dispositivo de articulação poderia ser a operacionalização de planos e projetos por áreas afins fomentando a produção de ações que potencializem os recursos e tecnologias disponíveis dentro de um processo permanente de planejamento, monitoramento e avaliação.

Espera-se que este texto contribua para o debate inesgotável a respeito das perspectivas relacionadas às práticas no campo da VS, que, por sua vez, se inserem em um Estado que é modificado pela correlação de forças históricas e sociais. Portanto, essa não é uma questão somente de âmbito gerencial, mas também federativa e de coordenação do trabalho, o que coloca na arena o repensar de conteúdos e de modos da organização do trabalho, de competências e estratégias de intervenção, no sentido de ultrapassar seus principais desafios na direção do melhor funcionamento do Sistema.

Colaboradores

C. M. Oliveira trabalhou na revisão bibliográfica, na elaboração do artigo e na revisão da versão a ser publicada e M. M. Cruz trabalhou na revisão da versão a ser publicada. ■

Referências

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 4, p. 2215-2228, 2010.

BARATA, R. B. Reorientação das práticas de vigilância epidemiológica. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, 1993, Brasília. *Anais*. Brasília: FNS, CENEPI; 1993.

BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n.1, p. 170-177, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 09 jun. 2003. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2003/decreto-4726-9-junho-2003-496874-norma-pe.html>. Acesso em: 22 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº. 6.860, de 27 de maio de 2009. Aprova a estrutura regimental do Ministério da Saúde, estabelecendo as competências da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) como gestora do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e como formuladora da Política de Vigilância Sanitária, em articulação com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 27 mai. 2009a. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2009/decreto-6860-27-maio-2009-588515-norma-pe.html>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e 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: 12 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº. 9.782, de 26 de janeiro de 1999a. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília DF, 26 jan. 1999b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm>. Acesso em: 02 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n º 399/*GM* de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 22 fev. 2006a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172 de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 15 jun. 2004. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1172.htm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica 1/96. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília DF, 05 nov. 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 02 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009a. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial [da] União*. Brasília DF, 22 dez. 2009b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_GM_3252_de_22_dezembro_de_2009.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Projeto VIGISUS da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, CBVE. *Curso Básico* de *Vigilância Epidemiológica*. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Curso_vigilancia_epidemio.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Fortalecendo a Capacidade de resposta aos velhos e novos desafios*. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_saude_SUS.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Instrutivo para a programação das ações do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/pactuacao2013/pavs2013/Instrutivo-SNVS-2013.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de Gestão da Vigilância em Saúde*. Brasília, DF, 2009c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestao_vigilancia_saude.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia

e controle de doenças e define a sistemática de financiamento. *Diário Oficial [da] União*. Brasília DF, 15 dez. 1999a. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1399_1999.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2013.

BRITO, S. M. F. *Avaliação de estados e municípios na execução do Projeto Vigisus II:* limites e possibilidades. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde ColetivFa) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

CARVALHO, E. F. et al. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 5, supl. 1, p. 53-62, 2005.

COSTA, E. A.; FERNANDES, T. M.; PIMENTA, T. S. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 995-1004, 2008.

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Marcos Históricos e Conceituais. In: ROZENFELD, S., (Org.). *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000, p. 304-314.

DE SETA, M. H. *A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária*: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo. 188 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2007.

DE SETA, M. H.; SILVA, J. A. Gestão da Vigilância Sanitária In: DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; OLIVEIRA, G. O. (Org.). *Gestão e Vigilância Sanitária*: modos atuais de pensar e fazer. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 195-217.

DRUMOND, M. J. *Epidemiologia nos Municípios* – muito além das normas. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

FREITAS, M. B.; FREITAS, C. M. A vigilância da qualidade da água para consumo humano – desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 993-1004, 2005.

GONDIM, G. M. M. Espaço e Saúde: uma (inter)ação provável nos processos de adoecimento e morte em populações. In: MIRANDA, A. C. (Org.). *Território, Ambiente e Saúde.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 57-75, 2008.

LUCHESE, G. *Globalização e regulação sanitária*: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. 326 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde:* características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p. 1.620-1625, 2009.

MINAYO, M. C. (Org.). *Pesquisa social:* teoria, método e criatividade. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONKEN, M.; BATISTELLA, C. Vigilância em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2008. p. 471-8.

OLIVEIRA, C. C. M.; CASANOVA, A. O. A Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 929-936, 2009.

SABROZA, P. C. *Vigilância em Saúde*. Disponível em: <www.ead.fiocruz.br/curso/autogestão/ags/apresentação/autogestão/contexto/tema1/tema1>. Acesso em: 10 nov. 2011.

SILVA, L. A. A vigilância permanente da saúde e o método epidemiológico. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 36-45, 2008a.

_____. *Uma proposta metodológica para avaliar a eficácia de sistemas municipais de vigilância em Saúde no Brasil*: uma aplicação a municípios catarinenses. 255 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008b.

SILVA JR, J. B. *Epidemiologia em serviço*: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. 318 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2004.

TEIXEIRA, C. F. *O Futuro da Prevenção. Salvador*: Instituto de Saúde Coletiva, Ed. Casa da Saúde, 2001.

_____. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 18, supl., p. 153-162, 2002.

TEIXEIRA, C.; COSTA, E. Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas. Texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2003. (Cooperação Técnica ISC/Anvisa)

VILASBÔAS, A. L. *Vigilância à saúde e distritalização:* a experiência de Pau da Lima. 114 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1998.

WAKIMOTO, M. D. *Avaliação da Qualidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica do Município do Rio de Janeiro – 1994-1996*. 204 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 7 n. 3: 7-26, jul./set. 1998.

Recebido para publicação em junho de 2014
Versão final em dezembro de 2014
Conflito de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Análise da produção científica sobre avaliação, no contexto da saúde da família, em periódicos brasileiros

Analysis of scientific production on evaluation, in the context of family health, in Brazilian journals

Elzo Pereira Pinto Junior[1], Juliana Lucena de Miranda Cavalcante[2], Roberta Alves Sousa[3], Ana Patrícia Pereira Morais[4], Marcelo Gurgel Carlos da Silva[5]

RESUMO Este estudo buscou analisar a bibliografia relacionada à avaliação no contexto da Estratégia Saúde da Família, no Brasil, em periódicos de saúde coletiva, de 2003 a 2012. A análise concentrou-se na identificação de 'autores', 'ano de publicação', 'instituição do primeiro autor', 'periódico', 'local', 'método utilizado', 'marco conceitual' e 'grupo de estudos'. O corpus documental contou com 20 artigos completos, que demonstraram intensificação na produção de estudos na área da avaliação. Nas abordagens metodológicas prevaleceram estudos quantitativos, com diversidade de marcos conceituais. Portanto, mensurações sobre o impacto de ações da ESF são imprescindíveis na melhoria da qualidade da avaliação e da própria ESF, no contexto da saúde coletiva.

PALAVRAS-CHAVE Avaliação em saúde; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Indicadores de produção científica.

ABSTRACT *This study aims to analyze the bibliography related to the assessment in the context of the Family Health Strategy, in Brazil, in Collective Health journals, from 2003 to 2012. The analysis has concentrated on the identification of authors, 'year of publication', 'institution of the first author', 'place', 'used method', 'conceptual landmark' and 'group of studies'. The documentary Corpus counted on 20 complete articles that have demonstrated intensification in the production of studies in the evaluation area. In the methodological approaches quantitative studies had prevailed, with diversity of conceptual landmarks. Therefore, measurements about the impact of the* ESF *actions are essential in the improvement of the quality of evaluation and the* ESF *itself, in the collective health context.*

KEYWORDS *Health evaluation; Family Health Strategy; Primary Health Care; Scientific publication indicators.*

[1] Universidade Federal da Bahia(UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. *elzojr@hotmail.com*

[2] Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *julianaenfbs@hotmail.com*

[3] Governo do Estado do Ceará, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – Fortaleza (CE), Brasil. *betamor_betamor@hotmail.com*

[4] Universidade Estadual do Ceará (UECE), Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem – Fortaleza (CE), Brasil. *anapatricia.morais@uece.br*

[5] Universidade Estadual do Ceará (UECE), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Fortaleza (CE), Brasil. *marcelo.gurgel@uece.br*

 DOI: 10.1590/0103-110420151040226

Introdução

A atividade avaliativa é tão antiga quanto a própria humanidade, haja visto que a emissão de juízo de valor é inerente às ações humanas. A avaliação tem-se constituído como uma área com muitos conceitos, portanto, polissêmica e com diversas metodologias, que se modificam e se adaptam a determinados setores sociais e a diferentes contextos históricos. Uma proposta de definição de avaliação descreve-a como a aplicação de um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo que fornece informações científicas legítimas, fazendo com que os envolvidos possam tomar suas posições e decisões (CONTANDRIOPOULOS; CHAMPAGNE, 2006).

No Brasil, a avaliação em saúde tem se constituído como uma política, na medida em que as reformas e as ações na saúde passam a exigir maiores competências gerenciais, articulações e produção de informação. Nesse cenário de demandas por resultados, monitoramentos e avaliações, tornou-se necessário instituir a avaliação com o propósito fundamental de dar amparo aos processos decisórios, subsidiar a identificação de problemas, reorientar ações e serviços, avaliar a incorporação de novas práticas e aferir o impacto das ações implementadas pelos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

A Atenção Primária à Saúde (APS), como primeiro nível de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), com maior capilaridade de ações destinadas à maioria da população, passa a ser o principal espaço para a aplicação de processos avaliativos. Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), definida como o modelo de atenção capaz de fortalecer e organizar a APS, revela-se como campo ideário de avaliações em saúde.

A avaliação da ESF, apesar de necessária, pode ser considerada uma tarefa difícil de ser implementada. Fatores como a extensão territorial e a diversidade cultural do País, entre outros aspectos, contribuem para a dificuldade de institucionalização do processo avaliativo nesses serviços. Assim, a avaliação realizada deverá levar em consideração o fato de essa estratégia estar em contínua implementação, exigindo a inserção de novos critérios, além de reconhecer os possíveis vieses existentes (LENTSCK; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2010).

Após 19 anos de existência e uma significativa abrangência nacional, espera-se que haja avaliações das ações realizadas pelas ESF, estimuladas tanto por órgãos governamentais quanto por instituições de ensino e pesquisa. Assim, fazem-se necessários estudos que busquem realizar um diagnóstico das principais pesquisas relacionadas aos programas e estratégias desenvolvidas, que possam dar margem a uma compreensão de como estão sendo realizadas essas avaliações e sob que abordagem elas estão se dando.

Portanto, buscamos, neste estudo, analisar a produção bibliográfica relacionada à avaliação no contexto da ESF, no Brasil, em periódicos selecionados da área da saúde coletiva.

Metodologia

Realizou-se uma análise bibliográfica acerca das pesquisas que envolvessem a avaliação em saúde no contexto da ESF. A pesquisa bibliográfica se caracteriza como uma fonte importante de informações, contribuindo para a construção do saber, como a atividade intelectual e o conhecimento cultural. Ocupando lugar de destaque entre as demais, ela é um conjunto de conhecimentos das mais variadas obras, que proporciona ao leitor ferramentas para a elaboração de pesquisas futuras (FACHIN, 2006).

Como critérios de inclusão para compor esse estudo bibliográfico, optou-se por considerar como relevantes apenas os artigos publicados em periódicos nacionais de boa qualidade na área de saúde coletiva. Para atender a esse critério, os autores consultaram o WebQualis[1], onde puderam listar os periódicos brasileiros com avaliação situada

[1] Disponível em: <qualis.capes.gov.br/webqualis>.

nas categorias de maior qualificação para os periódicos desta área (A1, A2 e B1). Além disso, optou-se, ainda, por limitar o intervalo de tempo de publicação nos últimos dez anos, realizando busca entre os anos 2003-2012, por considerar esse período uma fase de consolidação e qualificação das pesquisas em avaliação em saúde no Brasil, especialmente no contexto da ESF. Para o levantamento dos periódicos, foi acessado o WebQualis, em 03 de fevereiro de 2013, para a identificação daqueles que apresentam a qualificação especificada.

Posteriormente, foi feita uma busca dos artigos nas bases de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) e da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). A busca utilizou como descritores os termos 'Avaliação', 'Avaliação em Saúde', 'Programa de Saúde da Família' e 'Atenção Básica', todos componentes dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), da Bireme. Como estratégia de busca, foram realizadas as seguintes combinações dos descritores supracitados: ['Avaliação em Saúde' AND 'Programa de Saúde da Família'], ['Avaliação em Saúde' AND 'Atenção Básica'], ['Avaliação' AND 'Programa de Saúde da Família'] e ['Avaliação' AND 'Atenção Básica']. Apesar de a atual nomenclatura adotar o termo Estratégia Saúde da Família, a busca foi realizada com o termo Programa Saúde da Família, a fim de garantir padronização ao descritor presente no DeCS.

Procedeu-se a busca dos textos completos desses artigos, e os que não estavam disponíveis *online* foram excluídos do estudo. De todos os artigos, antes da seleção, foram analisados os resumos, os títulos e a metodologia, com o intuito de perceber se havia, de certo, alguma correlação com o tema abordado. Nos casos em que o resumo não deixava claro o objetivo da pesquisa, esse dado foi buscado pela análise do artigo completo.

Após a coleta das referências, foi feita a verificação de duplicidade para que se procedesse à leitura dos resumos dos artigos selecionados nas quatro estratégias de busca adotadas. Os resumos foram lidos e optou-se por excluir aqueles cuja abordagem não se vinculava à avaliação no contexto da ESF. Não se fez distinção entre os textos que abordavam métodos quantitativos, qualitativos ou mistos, sendo todos elegíveis. Também foram considerados passíveis de serem selecionados textos com discussões teórico-metodológicas ou que apontassem novas abordagens nessa temática.

Após essa segunda etapa de leitura, ainda foram excluídos alguns textos, pois foi verificado que os seus objetos de estudo não poderiam responder aos objetivos desta pesquisa. As quatro estratégias de busca localizaram 386 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 236 resumos para leitura. A seleção desses resumos apontou a necessidade de aprofundamento em 50 textos, que foram lidos em sua íntegra, restando 20 artigos para compor o *corpus* desta pesquisa.

Os artigos selecionados para compor o corpo dos resultados foram analisados quanto aos seguintes aspectos: 'autores', 'ano de publicação do estudo', 'instituição do primeiro autor', 'periódico onde foi publicado', 'local de realização do estudo', 'método utilizado do estudo', 'marco conceitual adotado para trabalhar o conceito de avaliação' e 'grupo de estudos de avaliação'. Em relação ao 'método utilizado', consideraram-se os seguintes tipos: quantitativo, qualitativo, misto (triangulação de métodos) e teórico-metodológico-reflexivo. No aspecto 'grupo de estudos de avaliação', optou-se por descrever a iniciativa por trás do estudo, ou seja, atribuir-lhe um fio condutor, como o Programa de Expansão da Estratégia Saúde da Família (Proesf) e seus estudos de linha de base, ou ainda os estudos em Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), além das pesquisas que abordam os atributos da APS com a aplicação do *PCATool*[2], entre outros.

[2] Em inglês: *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, instrumento de avaliação da APS.

Para sistematizar a análise dessas variáveis foram construídos dois quadros de caracterização, descritos nos resultados como *quadro 1* e *quadro 2*. Os dados foram organizados em planilha do programa Excel, sendo realizada análise por meio das frequências absoluta e relativa.

Quadro 1. Descrição dos artigos segundo ano, instituição do primeiro autor e periódico

Primeiro Autor	Ano	Instituição do Primeiro Autor	Periódico
Campos	2005	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – RJ	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil
Facchini	2006	Universidade Federal de Pelotas (UFPel) – RS	Ciência & Saúde Coletiva
Ibañez	2006	Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) – SP	Ciência & Saúde Coletiva
Szwarcwald	2006	Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – RJ	Ciência & Saúde Coletiva
Scochi	2008	Universidade Estadual de Maringá (UEM) – PR	Cadernos de Saúde Pública
Camargo Jr.	2008	Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj) – RJ	Cadernos de Saúde Pública
Elias	2008	Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul) – SC	Revista Brasileira de Epidemiologia
Tanaka	2008	Universidade de São Paulo (USP) – SP	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil
Medina	2009	Universidade Federal da Bahia (UFBA) – BA	Cadernos de Saúde Pública
Gomes	2009	Universidade Federal de Viçosa (UFV) – MG	Ciência & Saúde Coletiva
Fernandes	2009	Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – MG	Revista de Saúde Pública
Silva	2010	Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – MG	Cadernos de Saúde Pública
Leão	2011	Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – MG	Ciência & Saúde Coletiva
Rehem	2011	Universidade de São Paulo (USP) – SP	Ciência & Saúde Coletiva
Uchoa	2011	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – RN	Physis
Caldeira	2011	Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) – MG	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil
Sala	2011	Secretaria de Estado de Saúde (SES) – SP	Saúde e Sociedade
Tanaka	2011	USP – SP	Saúde e Sociedade
Cardoso	2012	Universidade Federal da Bahia (UFBA) – BA	Cadernos de Saúde Pública
Boing	2012	Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – SC	Revista de Saúde Pública

Fonte: Elaboração própria

Quadro 2. Marco conceitual e abordagens metodológicas dos estudos

Autores	Local do Estudo	Tipo de Estudo	Marco Conceitual Adotado	Estratégia de Pesquisa
Silva	Montes Claros (MG)	Transversal, Descritivo	Avaliação para a Melhoria da Qualidade da ESF	Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ)
Sala	São Paulo (SP)	Quantitativo, Transversal	Starfield – Atributos da APS	Atributos APS
Leão	Montes Claros (MG)	Transversal, Descritivo, Analítico	Starfiel – Atributos da APS	Atributos APS
Caldeira	Montes Claros (MG)	Transversal, Analítico	CSAP e Efetividade da ESF	ICSAP
Rehem	Estado de São Paulo	Descritivo, Ecológico	CSAP e Efetividade da ESF	ICSAP
Boing	Florianópolis (SC)	Quantitativo	ICSAP e Efetividade da atenção primária	ICSAP
Fernandes	Montes Claros (MG)	Quantitativo	ICSAP e Efetividade da atenção primária	ICSAP
Gomes	Paula Cândido (MG)	Quantitativa	ICSAP	ICSAP
Elias	Estado de Santa Catarina	Quantitativo	ICSAP e Efetividade da atenção primária	ICSAP
Medina	Estado da Bahia	Triangulação de Métodos	–	Não se aplica
Tanaka	Não se aplica	Reflexivo-Teórico	Donabedian	Não se aplica
Tanaka	São Paulo (SP)	Quantitativo	Donabedian e Kessner	Não se aplica
Campos	Não se aplica	Reflexivo-Teórico	Donabedian	Não se aplica
Cardoso	Salvador (BA)	Quantitativo	Soberón (cobertura real e potencial)	Não se aplica
Camargo Jr.	Estado do Rio de Janeiro	Triangulação de Métodos	Contradiopoulus e Kessner	Não se aplica
Uchoa	Estado do Rio Grande do Norte	Qualitativo	Donabedian	Não se aplica
Ibañez	Municípios do Estado de São Paulo	Quantitativo	Starfield – Atributos da APS	PCATool
Scochi	Municípios do Estado do Paraná	Avaliação de Quarta Geração e Pesquisa – Ação	Política de Avaliação da Atenção Básica – Ministério da Saúde	Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (Proesf)
Facchini	Estados de Alagoas, do Pará, do Piauí, do Rio Grande do Norte, de Pernambuco, do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina	Quantitativo	–	Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (Proesf)
Szwarcwald	Estado do Rio de Janeiro	Quantitativo	Pesquisa Mundial da Saúde	Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (Proesf)

Fonte: Elaboração própria

Resultados e discussão

Descrição dos artigos

Foram incluídos, no *corpus* documental desta pesquisa, 20 artigos. A partir da análise do *quadro 1* é possível verificar as produções no que se referem às datas de publicações, às instituições envolvidas na pesquisa e aos periódicos que publicaram tais textos.

Pode-se perceber uma intensificação na produção dos estudos em avaliação em saúde no contexto da ESF nos últimos quatro anos, tendo em vista que 16 (80%) trabalhos foram publicados entre 2008 e 2012. Lentsck, Kluthcovsky e Kluthcovsky (2010), em artigo publicado na revista Ciência &

Saúde Coletiva – que, de forma semelhante, fez um levantamento bibliográfico sobre a avaliação do Programa Saúde Família (PSF), em período que antecede a este estudo –, observaram uma concentração das publicações nos anos de 2005 e 2006. Tal estudo identificou ainda que os primeiros trabalhos relacionados à temática da avaliação do PSF datam de 2001, ou seja, sete anos depois da sua implementação. Um lapso de tempo importante que foi desperdiçado, demonstrando, com isso, tanto o caráter inicial e imaturo do programa como a dificuldade na institucionalização do processo de avaliação (LENTSCK; KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2010).

Apesar de alguns estudos fazerem referência à evolução das análises do desenvolvimento do PSF ao longo dos anos (HENRIQUE; CALVO, 2008), na sua grande maioria estão voltados para áreas de atendimento específicas, como as relacionadas à saúde da mulher (MOURA; HOLANDA; RODRIGUES, 2003) e à saúde da criança, além de delimitados a espaços geográficos bem definidos (GOMES; SILVA, 2011).

Em relação às instituições de ensino superior e aos centros de pesquisas responsáveis pela condução dos estudos nessa temática, fica claro o predomínio da produção desses conhecimentos na região Sudeste do Brasil, já que, de todos os trabalhos que fazem parte desta análise, 14 (70%) são produzidos por instituições situadas nos estados de Minas Gerais, São Paulo ou Rio de Janeiro.

Esse fato difere dos resultados encontrados por Lentsck, Kluthcovsky e Kluthcovsky (2010), que observaram uma prevalência de estudos relacionados à avaliação, tanto na região Nordeste quanto na região Sudeste, e uma carência desse tipo de estudo nas regiões Norte e Centro-Oeste. Esta diferença pode fazer sentido, visto que a implantação do PSF inicia-se na região Nordeste e que, na época, existiam muitas instituições de ensino e pesquisas envolvidas nesse processo. Atualmente, com a expansão da saúde da família em todo o território nacional, destacam-se, no cenário da produção científica, as instituições com cursos de Pós-Graduação mais bem conceituados e estruturados, como os encontrados no Sul e no Sudeste do Brasil.

Na análise dos periódicos, o Cadernos de Saúde Pública e o Ciência & Saúde Coletiva foram responsáveis por 11 (55%) artigos, o que pode indicar uma política editorial compatível com a produção e a divulgação dos estudos com a temática da avaliação na ESF. Nesse aspecto, há de se considerar que tais periódicos têm vinculação com instituições de ensino e pesquisa também situadas em localidades da região Sudeste do Brasil, centro da produção de conhecimento no País, devido aos volumes de pesquisadores e recursos empregados nesse setor.

Abordagens metodológicas dos estudos em avaliação em saúde no contexto da ESF

TIPOS DE ESTUDO

Com relação à tipologia dos estudos, constatou-se um predomínio do método quantitativo, seguido pela triangulação de métodos e estudos téorico-reflexivos acerca do processo de avaliação (*quadro 2*). O resultado desta pesquisa diverge do encontrado por Lentsck, Kluthcovsky e Kluthcovsky (2010), que observou um equilíbrio entre os métodos utilizados, em que 50% dos artigos analisados se caracterizavam por ser de abordagem metodológica qualitativa e apenas 31,8%, quantitativa.

Nesse sentido, torna-se importante discorrer sobre os tipos de abordagens metodológicas identificadas no escopo dos 20 artigos, de modo a facilitar a compreensão em relação à abordagem conceitual e às metodologias das avaliações implementadas.

Os estudos quantitativos se constituem essencialmente a partir dos princípios do paradigma positivista e buscam a explicação do comportamento dos objetos e suas variáveis, por meio do estabelecimento matemático da relação entre os itens que se pretende

investigar. A seleção de sujeitos nesse tipo de estudo envolve aleatorização e amostragem, e sua análise é feita com base em conhecimentos de estatística, para que se alcancem as conclusões (TURATO, 2005).

Outra abordagem de estudo é a que envolve uma tipologia qualitativa. De acordo com Minayo (1993), uma pesquisa com abordagem qualitativa se preocupa em desvendar os sentidos e significados dos processos, bem como compreender a complexidade do comportamento dos seres humanos. Não pretende, desse modo, quantificar casos ou utilizar-se de métodos estatísticos para tratar resultados. Esse tipo de pesquisa permite que se estude uma ampla variedade de fenômenos sociais, possibilitando o aprofundamento na compreensão de comportamentos, percepções e atitudes humanas diante de determinada realidade social (MARCONI; LAKATOS, 2004).

Buscando uma superação da dicotomia entre o método quantitativo e o qualitativo, ainda mais se tratando de pesquisas avaliativas, Minayo, Assis e Souza (2005) desenvolveram a alternativa conhecida como 'triangulação de métodos', que pode ser compreendida como uma dinâmica de investigação que integra a análise sob uma ótica ampliada, considerando estruturas, processos e resultados, a uma compreensão de relações e atores envolvidos.

As abordagens metodológicas identificadas por este estudo *(quadro 2)* demonstram uma consequência dos caminhos traçados pela avaliação em saúde em nosso país. Resguardada a perspectiva do estilo autoral, as publicações sobre avaliação realizadas junto à ESF têm a finalidade de medir estruturas, indicadores, resultados e impactos, amplitude e cobertura de ações, e grau de satisfação de usuário, de forma a responder sobre a qualidade e a efetividade dos serviços e ações ofertados. Os aspectos elencados suscitam o uso de métodos lógico-estatísticos pela natureza do objeto da avaliação, mas também no atendimento ao objetivo da avaliação. Pois, no campo da avaliação em saúde, três questionamentos, ao serem respondidos, definem os métodos a serem utilizados: Avaliar para quê? Avaliação de quê? Para quem? (SANTA CATARINA, 2008).

MARCO CONCEITUAL E ESTRATÉGIAS DE PESQUISA

A temática específica de avaliação em saúde possui vasto referencial teórico e ampla diversidade de abordagens metodológicas e marcos conceituais para descrevê-la. O mais atual desses modelos de avaliação, e que parece ter maior possibilidade de apreender a subjetividade e a complexidade do processo avaliativo, é a chamada Avaliação de Quarta Geração.

Desenvolvida no final da década de 1990, por Guba e Lincoln, a Avaliação de Quarta Geração teve como objetivo superar as limitações das outras três gerações de avaliação e é conduzida por pressupostos metodológicos do modelo construtivista, no qual adota um modelo de avaliação responsiva. Nesse novo paradigma, as preocupações, reivindicações e questões dos grupos de interesse são os eixos norteadores de todo o processo, agregando, nesse cenário, a participação dos sujeitos em todas as etapas de elaboração da pesquisa (KANTORSKI *ET AL.*, 2009).

Apesar dos avanços na construção de um saber no campo da avaliação, qualquer método para apreender a realidade apresenta limitações. As principais dizem respeito ao longo tempo que elas podem requerer, e às indisponibilidades das informações (MARCONI; LAKATOS, 2004). Ressalta-se assim que os modelos "poderão ser utilizados concomitantemente, um apoiando o outro na busca de respostas e mudanças geradas pela avaliação" (COSTA *ET AL.*, 2008, P.719).

A análise da produção brasileira na temática da avaliação em saúde no contexto da ESF, resumida no *quadro 2*, mostrou uma diversidade de marcos conceituais adotados. Revelou, ainda, um aporte teórico em pesquisadores consagrados internacionalmente,

como Avedis Donabedian e Bárbara Starfield, e novas propostas, como a do uso de ICSAP enquanto avaliação indireta da Atenção Básica (AB).

A avaliação em saúde, principalmente aquela relacionada à qualidade dos serviços de saúde, tem como um dos seus expoentes Avedis Donabedian. A partir de seus trabalhos, a avaliação dos serviços passou a envolver a dimensão do desempenho técnico e do relacionamento pessoal, e considerar a qualidade como aspecto fundamental do processo avaliativo (REIS *ET AL.*, 1990). De acordo com Donabedian (1990), a qualidade dos serviços é sustentada por sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

No modelo de avaliação da qualidade, Donabedian aborda o tripé estrutura, processo e resultado. A estrutura analisa os recursos em termos como força de trabalho, condições físicas, equipamentos e instalações, e demais aspectos que possam garantir a adequação aos padrões e critérios estabelecidos. O processo procura analisar se as atividades e as tarefas são executadas da maneira prevista e se lançam mão de técnicas apropriadas. Por fim, o resultado foca sua análise na capacidade do serviço de atingir seus objetivos, repercutindo na melhoria das condições sanitárias da população (SERAPIONI; LOPES; GURGEL, 2013).

Em um dos estudos elencados nesta pesquisa, a avaliação de implantação lançou mão de dois marcos conceituais (CAMARGO JR., 2008). Um desses marcos envolve a perspectiva avaliativa de Contradiopoulos e Champagne (1997), que exige que se estabeleça um julgamento de adequação e integridade do funcionamento de um programa, associado aos princípios da qualidade de avaliação de Kessner, Kalk e Singer (1992), que consideram os indicadores de cobertura, da qualidade das estruturas e dos processos envolvidos como balizadores desse julgamento.

A condição de ser um sistema universal de saúde, organizado a partir das bases da APS, faz com que a avaliação dos atributos desta seja um método frequentemente utilizado por pesquisadores brasileiros. Tais atributos a serem avaliados consistem de: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização familiar e orientação comunitária (STARFIELD, 2002). A literatura registra instrumentos de avaliação da APS com ênfase na aferição da presença e da extensão dos atributos essenciais e derivados da mesma, destacando-se, no cenário brasileiro, o *PCATool* (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011). A partir do *PCATool*-Brasil, as avaliações dos atributos da APS se operacionalizam e ganham rigor científico ao permitirem identificar aspectos de estrutura e processo de serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade, tanto no planejamento como para a execução das ações de APS (BRASIL, 2010).

Em um dos estudos analisados nesta pesquisa, Cardoso e Vieira-da-Silva (2012) optaram por trabalhar com o conceito de avaliação da cobertura como balizador da avaliação da ESF, considerando que esta avaliação da cobertura refere-se à disponibilidade e à distribuição dos serviços de saúde. Nesse sentido, as autoras se apropriaram da diferenciação de Soberón (1988), de cobertura potencial (relacionada à capacidade e à possibilidade da oferta) e cobertura real (que busca estimar a população que de fato utilizou os serviços). Tal análise possui utilidade analítica ainda pouco explorada no contexto das avaliações da ESF.

Entre os tipos de avaliação das ações e serviços sanitários, os indicadores da atividade hospitalar também representam uma medida de efetividade da APS. E as Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) representam, de acordo com Alfradique *et al.* (2009, p. 1.337), "um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações". Ainda segundo essas autoras, o marco conceitual para as CSAP assume que, para algumas condições de saúde, a AB oportuna

e de boa qualidade pode evitar ou reduzir o risco de internações.

As hospitalizações por causas evitáveis servem de instrumento de avaliação e monitoramento da efetividade da atenção primária. No Brasil, o seu uso tem se dado de maneira crescente após o Ministério da Saúde ter lançado, no ano de 2008, a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária (NEDEL *ET AL.*, 2010).

A Política de Avaliação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica foi um dos textos base para a condução de estudos avaliativos no cenário da ESF. De acordo com essa política, a avaliação em saúde teria, como propósito fundamental, que dar suporte à tomada de decisão, subsidiando a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços, além de avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas que se destinam à saúde das populações (BRASIL, 2005).

Os inquéritos de saúde também são considerados fontes de informação para o procedimento de uma avaliação de desempenho dos sistemas de saúde (CHESTER *ET AL.*, 1996). Nesse sentido, no ano de 2001, a Organização Mundial da Saúde propôs a elaboração da Pesquisa Mundial em Saúde como parte de um projeto de avaliação de desempenho (STARFIELD, 2001), que, no Brasil, encontrou espaço na pesquisa de Szwarcwald, Mendonça e Andrade (2006), revelando a pluralidade de possibilidades de tipologias avaliativas.

Por fim, destaca-se uma nova proposta de avaliação de Tanaka (2011), utilizando a abordagem sistêmica de Donabedian, com a modificação de que a avaliação desse serviço deveria iniciar pelo componente 'processo', visando identificar a adequação da oferta e das relações entre os distintos procedimentos desse nível de atenção. Faz parte da abordagem a avaliação da rede de atenção, tendo como foco e imagem-objetivo a AB como porta de entrada da rede. Apresenta uma concepção de rede mais dinâmica e propõe a utilização, na avaliação, do método misto, englobando a abordagem quantitativa baseada nos bancos de dados existentes no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) e complementada pela abordagem qualitativa. Nesse desenho metodológico, o autor aponta que será possível a identificação das variáveis de funcionamento e da organização da Atenção Básica e da rede de serviços, possibilitando direcionar a tomada de decisão para a melhoria de qualidade da AB.

Considerações finais

A partir do momento em que a avaliação em saúde no Brasil ganhou maior repercussão, através dos propósitos e resultados dos estudos aplicados pelo corpo de pesquisadores na área da avaliação, implicados com a saúde coletiva e com a APS, passou-se a socializar o conhecimento através das publicações científicas, a fim de construir o respaldo para as metodologias e estratégias de pesquisas utilizadas, bem como para as tomadas de decisões na gestão do SUS.

O presente estudo de análise da produção científica possibilitou ampliar os conhecimentos sobre as abordagens metodológicas e conceituais das pesquisas em avaliação no contexto da ESF, reforçando o posicionamento estratégico desta na atenção primária.

A análise bibliográfica também revela como a avaliação permite uma produção científica diversificada em conceitos e métodos. Nesse ponto, a existência de estudos de caracteres quantitativos, qualitativos e mistos, além de marcos conceituais diversos, tais como abordagens ligadas aos modelos propostos por Starfield e Donabedian, e a utilização das Condições Sensíveis à Atenção Primária como marcador de qualidade/acesso à AB, revelam esse cenário de pluralismo metodológico. Tais abordagens metodológicas e os marcos conceituais utilizados nos estudos avaliativos com a ESF respeitam as várias visões de políticas públicas de saúde, bem como o olhar

sobre a operacionalização dos sistemas de saúde, e convergem para o potencial que a ESF tem, de fortalecedora e organizadora da atenção primária.

Além disso, um olhar crítico sobre os autores, as regiões das instituições de esnino superior de origem dos estudos e os periódicos demonstram um predomínio das regiões Sul e Sudeste, sugerindo que as demais regiões do Brasil ainda convivem com as limitações impostas pelas diferenças regionais e sociais para o desenvolvimento de ensino e pesquisa no País.

Os achados desta pesquisa apontam a necessidade da incorporação de múltiplas modalidades de avaliação no monitoramento dos programas e das políticas criadas pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, a institucionalização da avaliação no setor saúde, no Brasil, não deve perder de vista sua pluralidade conceitual e metodológica, a fim de garantir um processo avaliativo amplo e provocador de mudanças.

O acúmulo de conhecimentos produzido pelos estudos avaliados indica a necessidade de continuarmos a avançar na área de avaliação e de ampliarmos o escopo de instituições e pesquisadores com competências e habilidades técnicas para o desenvolvimento de estudos avaliativos em todo o País. ■

Referências

ALFRADIQUE, M. E. *et al*. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. *Avaliação na atenção básica em saúde:* caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde:* Primary Care Assessment Tool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.

CARDOSO, M. O., VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n.7, p. 1273-1284, 2012.

CAMARGO, J. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad. Saúde Pública* [internet], v. 24, supl. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300011>. Acesso em: 10 out. 2014.

CHESTER, L. G. C. et al. Morbidade referida e utilização de serviços de saúde em localidades urbanas brasileiras: metodologia. *Rev. Saúde Publ*., São Paulo, v. 30, n. 2, p. 153-60, 1996.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A., *(Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. 29-47 p.

COSTA, G. D. *et al*. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário. *Physis: Revista Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 705-26, 2008.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-8, 1990.

FACHIN, O. *Fundamentos de metodologia*. São Paulo: Saraiva, 2006.

GOMES, F. M; SILVA, M. G. C. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. *Ciencia & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700021>. Acesso em: 10 out. 2014.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 809-19, 2008.

KANTORSKI, L. P. et al. Avaliação de quarta geração: contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13,

n. 31, out./dez. 2009.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores. In: Organización Panamericana de la Salud, organizador. *Investigaciones sobre servicios de la salud*. Brasília: Organización Panamericana de la Salud, 1992. p. 555-63.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saude Mater. Infantil*, Recife, v. 11, n. 3, set. 2011.

LENTSCK, M. H; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C; KLUTHCOVSKY, F. A. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3455-3466, nov. 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Metodologia Científica.* 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. *Avaliação por triangulação de métodos.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

MOURA, E. R. F.; HOLANDA, J. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1791-9, nov./dez. 2003.

NEDEL, F. B. et al. Características da atenção básica associada ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática de literatura. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília DF, v. 19, n. 1, p. 61-75, 2010.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro v. 6, n. 1, 1990.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Planejamento e Gestão, Diretoria de Educação Permanente em Saúde. *Capacitação para o sistema de planejamento do SUS em Santa Catarina: análise e avaliação em saúde* [internet]. Florianópolis: Escola de Saúde Pública Professor Mestre Osvaldo de Oliveira Maciel, 2008. Disponível em : <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fportalses.saude.sc.gov.br%2Findex.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D2293%26Itemid%3D82&ei=SgEoVaakCIe-ggSoy4GgCA&usg=AFQjCNFZqGYvPT36NbKob3L7qQjVZoJBfQ&sig2=U4ME4kfRM5U7ErSQSH3utw>. Acesso em: 10 mar. 2014

SERAPIONI, M.; LOPES, C. M. N.; SILVA, M. G. C. Avaliação em Saúde. In: ROUQUYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. *Epidemiologia & Saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013. 533-557 p.

SOBERÓN, G. La extensión de cobertura de los servicios de salud. *Gac Méd Méx*. Distrito Federal, 1988; n. 124, p. 163-75.

STARFIELD, B. *Atenção primária:* equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 72p.

STARFIELD, B. Improving equity in health: a research agenda. *Int J Health Serv*, New York, v. 31, n. 3, p. 545-66, 2001.

SZWARCWALD, C. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ANDRADE, C. L. T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública,* São Paulo, n. 39, v. 3, p. 507-14.

Recebido para publicação em abril de 2014
Versão final em novembro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano

Telehealth, contexts and implications in Bahia scenario

Thiago Gonçalves do Nascimento Piropo[1], Helena Oliveira Salomão do Amaral[2]

RESUMO O presente texto é um relato de experiência sobre a Telessaúde como estratégia de apoio assistencial, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde, ampliando a resolutividade e estabelecendo uma relação custo-efetividade dos processos de saúde pública, além de qualificar Equipes de Saúde da Família através da educação permanente. A Bahia destaca-se por possuir um projeto único no cenário nacional com o objetivo de nortear os projetos intermunicipais, além de mobilizar gestores municipais e profissionais da Atenção Básica, através de treinamento realizado em todas as regiões de saúde. O resultado é ampliação das ações profissionais e acesso a especialidades nos locais mais remotos.

PALAVRAS-CHAVE Telemedicina; Tecnologia da informação; Saúde pública; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *The present text is a report on the experience of Telehealth as a strategy of assistance support, strengthening the integration between health services, increasing the resolution and establishing a cost-effectiveness relation of procedures regarding public health, besides qualifying Family Health Teams through continuing education. Bahia is distinguished for having a single project in the national scene aiming to guide the intermunicipal projects, in addition to mobilizing Primary Care professionals and city managers through training conducted in all of the health regions. The result is the extension of professional actions and access to medical specialties in the most remote locations.*

KEYWORDS *Telemedicine; Information technology; Public health; Primary Health Care.*

[1] Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab), Núcleo de Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde (Nutics) – Salvador (BA), Brasil. *piropo.t@gmail.com*

[2] Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab), Núcleo de Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde (Nutics) – Salvador (BA), Brasil. *helenasalomaoamaral@hotmail.com*

Introdução

Os avanços tecnológicos contemporâneos vêm sendo incorporados às diversas vertentes sociais e trazendo importantes contribuições na prestação da assistência qualificada. Tais avanços têm como elementos centrais um conjunto de tecnologias sustentadas por fundamentos na microeletrônica, nas telecomunicações e na informática, denominada Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) (IBGE, 2009).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), as tecnologias de informação e comunicação corroboram com a prestação de cuidados na saúde pública, pesquisas e atividades relacionadas à saúde para o benefício, principalmente, de países em desenvolvimento (OMS, 2012). Permite, ainda, a instituição de ferramentas estratégicas de apoio ao desenvolvimento das ações em saúde no que se refere ao planejamento, assistência, pesquisa e educação em saúde (NOVAES, 2010).

A principal expectativa referente à assistência na saúde coletiva, considerada pela OMS (2009), é a melhoria do acesso aos recursos de melhor qualidade disponíveis na área de saúde para a maior parte da população mundial. Considera, também, a incorporação de tecnologias como um instrumento político e estratégico no planejamento e na execução de ações em saúde.

Segundo Santos (2006), a necessidade de atuação em cenários cada vez mais amplos e, ao mesmo tempo, cheios de possibilidades imprime ao processo de trabalho na área da saúde desafios constantes. Estabelecer uma melhor relação custo-efetividade dos processos de saúde pública e permitir que as facilidades dos grandes centros cheguem aos locais mais remotos são alguns dos obstáculos a serem superados (SANTOS, 2006). Nesse contexto, o conceito de Telessaúde surge como uma ferramenta potencializadora para os serviços de saúde.

O termo 'Telessaúde' (ou telemedicina, e-Saúde) vem sendo usado para designar as atividades que utilizam as tecnologias de informação e comunicação na atenção à saúde (NORRIS, 2002). Baseia-se, portanto, na telemática, podendo ser definida como uma ciência que estuda a manipulação e a utilização da informação através do uso combinado de computador, seus acessórios e meios de comunicação.

O primeiro termo utilizado para designar ações de saúde a distância foi a telemedicina, caracterizada pela transferência de informações médicas em processos de diagnóstico, terapêutica e educação através do uso da tecnologia de informação e telecomunicação (AMERICAN TELEMEDICINE ASSOCIATION, 2006). Tem por finalidade a prestação de apoio clínico, objetivando melhores resultados de saúde, superando barreiras geográficas e conectando os usuários que não estão no mesmo local físico a partir da utilização de vários tipos de TIC (OMS, 2009).

Silva (2012), entretanto, considera o termo 'telemedicina' limitado frente a sua aplicabilidade nos campos da saúde, tecnologia e informação por apreciar que as atividades da área da saúde não são de exclusividade médica. A Telessaúde, portanto, traz referências mais amplas e é definida como o "uso das tecnologias de informação e comunicação para transferir informações de dados e serviços clínicos, administrativos e educacionais em saúde" (NORRIS, 2002, P. 177). Abrange, ainda, os profissionais de saúde em geral, incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, técnicos, entre outros.

Para Novaes (2010), o termo 'Telessaúde' é definido como o uso das modernas tecnologias da informação e comunicação para atividade a distância relacionada à saúde em seus diversos níveis (primário, secundário e terciário), possibilitando a interação entre profissionais de saúde ou entre estes e seus pacientes, bem como o acesso remoto a recursos de apoio diagnósticos ou até mesmo terapêuticos através da robótica.

Já o termo 'e-Saúde' (*eHealth*) permanece confuso na literatura. Pode ser caracterizado não somente como um desenvolvimento da tecnologia, mas também como uma nova forma de trabalho, uma atitude e um relacionamento via acesso em rede, uma forma de pensamento

globalizado, com o objetivo de promover o cuidado em saúde local, regional e mundial por meio do uso da tecnologia de informação e comunicação (NORRIS, 2002).

A OMS o define como

> a utilização, pela área de saúde, de dados digitais que são transmitidos, armazenados e recuperados eletronicamente e que podem ser usados no apoio ao serviço de assistência médica a distância ou em seu próprio local. (2012, P. 05).

Apoia, ainda, a prestação de serviços de saúde e a gestão dos sistemas de saúde.

A aplicabilidade do uso da Telessaúde é diversa, considerando-se as necessidades e ferramentas envolvidas. No contexto da Atenção Básica (AB), a Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde (MS), versa sobre alguns serviços disponíveis aos profissionais e trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS) e define Teleconsultorias, Segunda Opinião Formativa, Tele-educação e Telediagnósticos.

Em seu Art. 2º, a Portaria GM/MS 2.546/11 (BRASIL, 2011) define teleconsultoria como:

> [...] consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho [...].

A teleconsultoria pode ser realizada de duas maneiras: em tempo real, chamada de teleconsultoria síncrona, geralmente realizada por *chat*, *web* ou videoconferência; ou ainda assíncrona, quando é realizada por meio de mensagens *off-line*. Esta última é a mais frequente e comumente envolve assuntos pertinentes à Atenção Primária à Saúde (APS), permitindo, ainda, o requerimento de materiais de leitura/aprendizagem, teórico ou teórico-prático sobre um assunto específico para o desenvolvimento de alguma atividade de interesse (BRASIL, 2012).

As demandas por teleconsultorias síncronas, em geral, envolvem casos clínicos de pacientes ou questões de saúde mais complexas e interdisciplinares e ocorrem em tempo real, após agendamento prévio, através de uma webconferência (BRASIL, 2012).

A mesma portaria define a Segunda Opinião Formativa (SOF) como:

> [...] resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da Atenção Básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS. (BRASIL, 2012, P. 36).

Para o MS (BRASIL, 2012), caso o teor da resposta de uma teleconsultoria assíncrona seja pertinente e replicável nos contextos regionais e/ou nacional de fissionais em uma SOF, será disponibilizada pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A resposta deve ser sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da Atenção Básica à saúde, na observância às diretrizes do SUS.

A BVS é uma das ferramentas de educação permanente, entre inúmeras possibilidades de qualificação profissional que a Telessaúde oferece a partir de Educação a Distância (EAD), denominada como tele-educação. Para o MS (BRASIL, 2012), trata-se de uma forma de ensino que permite a aprendizagem, com a mediação humana de recursos didáticos sistematicamente organizados, apresentados em diferentes suportes de informação, utilizados isoladamente ou combinados, e veiculados pelos diversos meios de comunicação.

Outro serviço utilizado na prática clínica é o telediagnóstico, definido pelo MS através da Portaria nº 2.546 como uma oferta autônoma que utiliza as tecnologias de informação e comunicação de modo a embasar o diagnóstico através de distâncias

geográficas e temporais (BRASIL, 2011). A implantação de serviços de telediagnóstico possibilita a redução dos custos em saúde, promovendo acessibilidade a diagnósticos e tratamentos oportunos, por evitar longos deslocamentos de pacientes e profissionais. Permite, contudo, que o exame complementar seja coletado no âmbito da APS e tenha seu laudo realizado em centros de referência, sem a necessidade da presença do médico especialista no momento da execução do exame (OLIVEIRA, 2010; BRASIL, 2011).

Historicamente, Zundel (1996) relata o primeiro registro do uso de tecnologias para realização de testes diagnósticos em 1950 a partir de um aparelho de fax, em que foi possível a transmissão de um Raio-X para serviços especializados em radiologia nos Estados Unidos. Porém, com os avanços das tecnologias de telecomunicação, mais evidentes na década de 1990, as dificuldades de acesso a exames em áreas remotas foram aos poucos sendo superadas (BRASIL, 2011).

Os cenários para aplicabilidade dos serviços de Telessaúde são diversos, entretanto, objetivando melhorar a qualidade da assistência prestada, permitir o acesso a serviços especializados e aumentar a resolutividade do nível básico, entre outros, as zonas rurais e comunidades situadas em regiões mais remotas são as principais beneficiadas com a implantação da Telessaúde (SANTOS, 2006).

Para o sucesso do programa, é fundamental o envolvimento da comunidade e do poder público na identificação de áreas e populações que apresentem agravos de saúde e/ou deficiência na assistência. A partir de um levantamento técnico capaz de apontar os reais problemas de saúde, é possível adequar as condutas à realidade local e às condições culturais e socioeconômicas da população a ser beneficiada pelos serviços advindos da implantação da Telessaúde (SANTOS, 2006; SILVA; MORAES, 2012).

O SUS preconiza a universalização do acesso, integralidade da atenção, equidade, descentralização da gestão, hierarquização dos serviços e controle social na construção e pactuação da política de saúde, o direito a mesma, prezando pela prevenção e promoção da saúde. São inegáveis os avanços do SUS no Brasil nos últimos anos, no entanto, diante de novos desafios, se faz necessária a instituição de estratégias capazes de abranger primordialmente as populações excluídas.

Alguns estudos têm apontado dificuldades de acesso a serviços de saúde em comunidades remotas, a exemplo da população quilombola no sudoeste baiano. A iniquidade no direito à saúde vai além das limitações locais, sendo expressas, sobretudo, pelas precárias condições sociais e econômicas. O mesmo caráter limitante é aplicado à realidade de populações de zonas rurais, onde é imperativa a adaptação da dinâmica do processo de trabalho dos programas de saúde, e estratégias para permitir a acessibilidade e a utilização destes serviços, considerando a cultura local, costumes e prevalência das enfermidades (GOMES *ET AL.*, 2013).

O estudo de Soares e Coelho (2008) sobre cuidados infantis em comunidades rurais na Bahia, de um modo geral, referenciou as dificuldades no acesso aos serviços de saúde enfrentados pelas famílias estudadas. Assis *et al.* (2007) faz alusão às desigualdades sociais nos acessos aos serviços de saúde, com capacidade resolutiva no nordeste brasileiro, aliadas às precárias condições de vida, disparidades econômicas, deficiência nutricional, principalmente nos infantes, e precárias condições sanitárias.

Esse cenário, contudo, fortalece a necessidade iminente da fixação de políticas públicas de universalização do acesso aos serviços de saúde a grupos populacionais longínquos, sendo a Telessaúde, segundo Santos *et al.* (2006), uma alternativa viável capaz de propiciar melhorias na qualidade da assistência prestada.

Na Bahia, a Telessaúde teve início em 2011, entretanto, obteve maior visibilidade a partir de 2013, quanto ocorreu aumento significativo na adesão dos profissionais de saúde, entendendo o potencial que esse instrumento

representa na qualificação de suas ações junto as Equipes de Saúde da Família (EqSF), superando as distintas características geográficas em todo o território baiano.

Caracterizando o cenário baiano

O Estado da Bahia está localizado na região Nordeste, onde ocupa uma área de 564.733 km². É caracterizado por planície litorânea, planaltos, chapadas, serras e depressões. Possui uma população de 14.016.906 de habitantes, segundo o último censo de 2010, dispostos entre os 417 municípios, apresentando densidade demográfica de 24,82 (hab/km²) (IBGE, 2010).

Tais características vêm sendo referidas em alguns estudos, correlacionando-as com as ações de saúde. Cunha, Silva e Maria (2010) relataram sobre acessibilidade aos serviços de saúde em um município baiano abordando a relação da organização dos serviços com os aspectos geográficos, em alusão à distribuição espacial dos recursos, à existência de transporte e à localização das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Oliveira *et al.* (2012) corrobora com Cunha, Silva e Maria (2010) ao apontar os fatores geográficos como importantes obstáculos para o acesso aos serviços de saúde.

Em outro estudo, foi observado por Silva *et al.* (2011) que para a inserção de uma UBS é necessário conhecer as múltiplas territorialidades existentes em um espaço geográfico, a fim de facilitar a acessibilidade ao serviço de saúde para não comprometer o cuidado e a continuidade dos tratamentos e reflexos negativos na população.

A AB na Bahia, contudo, caracteriza-se por estar presente em 99% dos municípios, com 2.894 EqSF implantadas. Possui cobertura populacional estimada de 66,85% — aproximadamente 9 milhões e 300 mil pessoas beneficiadas pela Estratégia Saúde da Família. Essa cobertura baseia-se no cadastro da população da área de abrangência de atuação das EqSF no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). Ainda, 43,55% das internações na rede do SUS são motivadas por condições sensíveis à APS (BAHIA, 2013).

Como forma de fortalecer as ações da AB, o projeto nacional intitulado Telessaúde Brasil Redes foi reformulado para atender às necessidades baianas, considerando suas particularidades sanitárias e epidemiológicas presentes nas nove macrorregiões de saúde (Sul, Sudoeste, Extremo-Sul, Norte, Centro-Norte, Nordeste, Oeste, Leste e Centro-Leste). Isto posto, a Secretaria da Saúde do Estado (Sesab) apresentou o projeto único intitulado Projeto Telessaúde Brasil Redes – Bahia.

O projeto único de Telessaúde Brasil Redes como diferencial de implantação

O Projeto Telessaúde Brasil Redes – Bahia foi construído pela Sesab, em parceria com outras instituições, baseado na proposta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS, em julho de 2011 (Portaria 402/2010), aprovado pela Resolução CIB BA Nº 143/2011 de 21 de Julho de 2011 e aprovado pela SGTES no mesmo ano (BRASIL, 2011).

Em função da Portaria GM/MS nº 2.554/2011, houve a abertura de sistema de cadastro de propostas intermunicipais e estaduais, em novembro de 2011, sob coordenação do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS. O Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e a Sesab propuseram como critério que fossem cadastrados todos os municípios prioritários para a Rede Cegonha (pertencentes às Macrorregiões Leste, Centro-Norte, Norte e Sul da Bahia) e todas as equipes dos 100 municípios do projeto supracitado aprovado pela SGTES/MS.

Foram, então, cadastradas cinco propostas intermunicipais, considerando como Núcleos Técnico-Científicos cinco municípios destas regiões prioritárias — Juazeiro, Capim Grosso, Vera Cruz, Porto Seguro e Itabuna — e

uma proposta estadual considerando a Sesab como Núcleo Técnico-Científico.

Durante o cadastro de tais propostas, foi verificado que não havia como vincular cada município a sua macrorregião de assistência em saúde, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), pois iria ultrapassar o teto fornecido pelo sistema. Dessa forma, a fim de garantir o envio das propostas, os pontos de Telessaúde de 356 municípios foram alocados aleatoriamente nas propostas intermunicipais, com a perspectiva de reordenação desses pontos após a aprovação dos projetos pelo MS.

Considerando, portanto, como diretriz o projeto único Telessaúde desenvolvido na Bahia, em janeiro de 2012, foi aprovada em *Comissão Intergestores Bipartite* da Bahia a construção do Projeto Estadual que nortearia todos os Núcleos Técnico-Científicos, bem como o uso do financiamento de duas fontes do MS (SGTES e DAB) para o Telessaúde.

Este projeto único, de Telessaúde Brasil Redes no Estado da Bahia, é resultante de parcerias entre a Sesab, Cosems, Secretarias Municipais de Saúde, Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Fundação Estatal Saúde da Família (Fesf-SUS). Nessa conformação, a Bahia tem um núcleo único, denominado Núcleo Técnico-Científico (NTC) da Bahia, característica que o diferenciou entre os núcleos implantados até então pelos demais estados brasileiros.

A Fesf-SUS, mediante contratualização com a gestão estadual e as municipais que tiveram propostas intermunicipais aprovadas pelo MS, tem ofertado os serviços de Telessaúde do NTC da Bahia, e por meio desse novo projeto foi possível a ampliação dos pontos no Estado e a ampliação da equipe do NTC capaz de atender às demandas dos novos pontos de Telessaúde.

Desse modo, dos 417 municípios baianos, 296 receberam repasses financeiros fundo a fundo para a estruturação de Pontos de Telessaúde. A construção do projeto único permitiu a integração de todos os municípios, ficando a Sesab com o compromisso de distribuir 759 computadores às equipes que ainda não haviam sido contempladas com pontos de Telessaúde.

Em 2013, a diretoria de AB da Sesab contou com 60 sanitaristas que executaram o apoio institucional para todos os municípios baianos. Em oficinas de acolhimento com profissionais da saúde e rodas de coordenadores da AB, os apoiadores sanitaristas puderam abordar a Telessaúde com gestores e trabalhadores, ação configurada como importante estratégia para o momento de implantação.

As ações do NTC da Bahia contaram com uma equipe de 22 profissionais em sua formação inicial, com perspectiva de ampliação, e desenvolveram atividades nos 31 municípios sede de Diretorias Regionais de Saúde (Dires), com o objetivo de apresentar o projeto, os serviços disponíveis, além de realizar o treinamento na plataforma *online* do MS.

A atuação dos técnicos das Dires foi fundamental para ampliar a mobilização dos profissionais dos municípios. Todos os esforços resultaram na participação de 2.612 profissionais do campo da AB de 386 municípios, totalizando 534 horas de trabalho dedicadas às oficinas de capacitação.

As oficinas foram divididas em duas etapas: a primeira consistiu na exposição da parte teórica referente ao histórico do projeto, apresentação da equipe do NTC, dos serviços ofertados e da plataforma *online*, seguida por uma aula prática, na qual os profissionais da AB operaram e registraram solicitações de teleconsultorias. Ao final de cada turma de profissionais, um instrumento de avaliação foi entregue aos participantes, que responderam, anonimamente, aos itens referentes à metodologia aplicada e entendimento da Telessaúde.

Ao observarmos o escopo dessas avaliações, é possível vislumbrar cenários de aproveitamento do TelessaúdeBA no cotidiano ambulatorial dos profissionais da saúde. Para os participantes das oficinas, o programa irá apoiar o trabalho das EqSF, sobretudo, em municípios distantes e com pouca infraestrutura. Além disso, eles acreditam que será um instrumento para pesquisa, estudo e

educação, facilitando o retorno em relação às informações de saúde dos pacientes, além de gerar subsídios que fortalecem a confiança da unidade de saúde, bem como entre os profissionais da equipe como um todo (BAHIA, 2013).

As oficinas se constituíram como a primeira fase de implantação do projeto, chamada de I Ciclo de Treinamentos Microrregionais de Profissionais da Atenção Básica para Uso dos Serviços do TelessaúdeBA. Os resultados obtidos superaram a meta estabelecida inicialmente, que era de 70% das EqSF cadastradas em toda a Bahia, conforme dados consolidados apresentados em planilhas de monitoramento institucionais.

No período compreendido entre 12 de julho de 2013 e 27 de junho de 2014 — último levantamento feito pelos administradores da plataforma —, foram registradas 2.530 solicitações de teleconsultorias (síncronas e assíncronas), respondidas, de maneira compartilhada, pela equipe de teleconsultores do Núcleo da Bahia e do Rio Grande do Sul (TelessaúdeRS) e por 10.847 profissionais da AB cadastrados.

Além das teleconsultorias, o TelessaúdeBA conta com 20 pontos de Telediagnóstico em Cardiologia implantados e situados em municípios distintos no Estado. Ao todo, 7.983 laudos de Eletrocardiograma (ECG) já foram entregues até abril de 2014, bem como a elaboração de SOF pelo núcleo baiano, disponíveis no site da BVS do MS.

A *figura 1* mostra o consolidado dos dados do TelessaúdeBA já descritos e obsevados no período compreendido entre julho de 2013 e junho de 2014.

Figura 1. O cenário baiano: consolidado dos dados do TelessáudeBA

Fonte: BAHIA, 2013

Considerações finais

A superação das barreiras físicas e geográficas a partir do uso de tecnologia em práticas de saúde torna essa ferramenta valiosa e indispensável para formação, atualização e ampliação da prática profissional em saúde. Em um estado com grande extensão territorial como a Bahia, a utilização de tecnologias de comunicação pode auxiliar a diminuir as desigualdades observadas.

A utilização dos serviços da Telessaúde, e outras terminologias afins, emergem como novos instrumentos significativos para transpor as barreiras culturais, socioeconômicas e geográficas para os serviços e informação em saúde, principalmente na assistência remota e disseminação de informação, evitando a locomoção para os centros de referência.

Dessa forma, a Telessaúde pode ampliar as ações de profissionais afins, integrando-os aos serviços de saúde locais e, convenientemente, aos serviços localizados em hospitais e centros de referência, mantendo um mecanismo de atendimento contínuo para prevenção, diagnóstico e tratamento.

Em uma perspectiva de melhoria da assistência em saúde, os serviços a distância se configuram como uma excelente oportunidade, principalmente para as regiões carentes e remotas, onde não se pode esperar uma cobertura especializada presencial. A aplicação de tecnologias de baixo custo, portanto, se faz necessária e deve ser estimulada de forma sustentável, de modo a consolidar redes colaborativas integradas de assistência à saúde a distância.

As práticas de Telessaúde vêm crescendo em todo o País, ampliando as discussões que devem ser pautadas em critérios éticos e legais, favorecendo o aumento de publicações do setor. Para isso, o envolvimento dos profissionais, o engajamento dos Conselhos Federal, Regionais e da sociedade científica são essencialmente importantes na condução das discussões que pautam a atuação das ações da Telessaúde como instrumento transformador. ■

Referências

AMERICAN TELEMEDICINE ASSOCIATION. *Telemedicine:* a brief overview, congressional Telehealth briefing, Washington, DC. 1999. Disponível em: <http://www.atmeda.org/news/overview.html>. Acesso em: 20 out. 2013.

ASSIS, A. M. O. et al. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2337-2350, 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n10/09.pdf>. Acesso em: 20 out. 2013.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. Diretoria de Atenção Básica. *Coordenação de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica*. 2013. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dab>. Acesso em: 28 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Telessaúde para Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://telessaude.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=2450>. Acesso em: 01 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011*. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislaco-es/gm/110256-2546.html>. Acesso em: 01 nov. 2013.

CUNHA, A. B. O.; SILVA, V.; MARIA, L. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, 2010. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/2399>. Acesso em: 21 out. 2013.

GOMES, K. O. et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1829-1842, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a22v29n9.pdf>. Acesso em: 20 out. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010. [internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/>. Acesso em: 20 out. 2013.

_____. Diretoria de Pesquisa. *O setor de Tecnologia da Informação e Comunicação no Brasil 2003-2006*. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. (Estudos e pesquisas, informação econômica, 11).

NORRIS, A. C. *Essentials of Telemedicine and Telecare*. Baffins Lane: John Wiley & Sons, 2002.

NOVAES, M. A. et al. A Telessaúde na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco: resultados e desafios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE. Recife. 2010. Disponível em: <http://www.cbtms.org.br/congresso/ trabalhos/052.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2013.

OLIVEIRA, D. G. *Análise do grau de implantação da Telessaúde na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco*: estudo de casos. 2010. 124 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010oliveira-dg.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2013.

OLIVEIRA, L. S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 17, n. 11, p. 3047-3056, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid =S1413-81232012001100021>. Acesso em: 28 out. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *National eHealth strategy toolkit*. 2012. Disponível em: <http://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/str/D-STR-E_HEALTH.05-2012-PDF-E.pdf>. Acesso em: 05 out. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Telemedicine, opportunities and developments in Member States*: report on the second global survey on e-Health. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/goe/publications/ehealth_series_vol2/en/>. Acesso em: 11 out. 2013.

SANTOS, A. F. et al. *Telessaúde*: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

SILVA, A. B.; MORAES, I. H. S. O caso da Rede Universitária de Telemedicina: análise da entrada da Telessaúde na agenda política brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1211-1235, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/19.pdf>. Acesso em: 20 out. 2013.

SILVA, L. O. L. et al. Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. *Cogitare enferm*., Salvador,v. 16, n. 4, p. 654-660, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/2399>. Acesso em: 28 out. 2013.

SOARES, M. D.; COELHO, T. C. B. O cotidiano do cuidado infantil em comunidades rurais do Estado da Bahia: uma abordagem qualitativa. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*., Recife, v. 8, n. 4, p. 463-472, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n4/12.pdf>. Acesso em: 20 out. 2013.

ZUNDEL, K. M. Telemedicine: history, applications, and impact on librarianship. *Bulletin of the Medical Library Association,* Chicago, v. 84, n. 1, p. 71-79, 1996.

Recebido para publicação em julho de 2014
Versão final em janeiro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

CARVALHO, G. C. M. *Participação da comunidade na saúde*. Campinas: Saberes, 2014.

Maria Célia Delduque[1], José Agenor Álvares Silva[2]

A segunda edição do clássico livro de Gilson Carvalho, 'Participação da comunidade na saúde', foi lançada em 2014, logo após sua triste despedida. Em um momento no qual a participação democrática perde importância no âmbito do SUS e "a ética na vida social parece estar saindo pela porta dos fundos, exigindo mais ativismo social e cívico" (SANTOS, 2014, P. 13), o lançamento dessa segunda edição, pela Editora Saberes, representa um sopro de esperança para esta atividade, que é um dos mais importantes alicerces constitucionais para o Sistema Único de Saúde: a participação.

Gilson Carvalho, um sanitarista-poeta ou poeta-sanitarista, consegue fazer do seu livro uma lição de vida e esperança. Inicia convencendo que todo aquele que desempenha a função de ajudar os outros a ter saúde, em verdade, é provedor de gente feliz.

Reforça que a participação é tão natural quanto necessária, posto que o coletivo sempre esteve presente em sua vida, seja na numerosa família, na grande vizinhança integrada (na rua, da cidade do interior), no colégio interno, desde os nove anos, na república de estudantes. Foi escoteiro, participou de movimentos religiosos, lutas políticas e, especialmente, lutas pela saúde. Foi no coletivo que se forjou gente.

Lamenta que, a partir de 1990, tenha havido uma diminuição da importância da participação na saúde, que se apresentava crescente em décadas anteriores, e se pergunta onde está a chama daqueles que antes estavam engajados, dada a dificuldade de trazer para a participação novos companheiros. Reflete o poeta-sanitarista que, quiçá, é pela deformação do termo 'controle social' (sequer referido na Constituição de 1988) que acabou a essência da participação do cidadão. Defende que a tríade da participação da comunidade: ação, proposição e controle, não deve ser distorcida ao se referir, exclusivamente, ao controle social, porque é mais que controle, é engajamento para a ação, é desafio para a proposição.

No que se refere à paridade na composição dos conselhos, Gilson Carvalho é categórico: "a paridade foi colocada como essência e destacada num parágrafo: paridade entre o segmento dos usuários e o conjunto dos demais segmentos" (P. 65). Defende que a paridade não pode ser jamais quebrada e que é ilegal indicar um servidor público para ocupar assento no conselho como usuário dos serviços de saúde. Tal fato quebra física e filosoficamente a paridade exigida na Lei n.º 8142/90, retardando o processo de democratização na área da saúde.

Quanto à natureza jurídica dos conselhos de saúde, Gilson Carvalho defende que tais instâncias de poder pertencem ao Executivo, em cada esfera de governo, e que, portanto, abrigar um membro do Ministério Público ou mesmo do Poder Judiciário seria

[1] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília (DF), Brasil.
delduque@fiocruz.br

[2] Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília (DF), Brasil.
joseagenor@fiocruz.br

 DOI: 10.5935/0103-1104.20151040087

ferir o princípio da independência entre os poderes. Tampouco as listas tríplices ou sêxtuplas para que o prefeito escolha os conselheiros é legal, visto que a indicação deve ser sempre dos pares. A discussão sobre saúde nos conselhos, portanto, transcende a esfera executiva de governo, para abarcar, também, outras instâncias governamentais.

As decisões dessas instâncias participativas, seja em sede de conselho ou em conferência de saúde, deixaram registrado o saudoso sanitarista. Elas devem, sempre, passar por um crivo legal antes da implementação, a fim de assegurar-lhes a legalidade e a juridicidade, porque, muitas vezes, a decisão não é implementada por se tratar de ato ilegal.

Quando discute as decisões das conferências, Gilson Carvalho se esmera. Com postura crítica e incomum inteligência, discute sobre a soberania das assembleias, que não pode ser absoluta, pois há regras maiores no País que devem ser observadas, e que alterações no regimento interno das conferências, sendo legais, só podem entrar em vigor na conferência seguinte. O direito em vigência é soberano e imutável, até que o conselho que convocar a conferência seguinte reconheça o novo direito, na nova regra, que regerá a nova assembleia.

E sobre os horários de exposição e funcionamento dos grupos durante as conferências, o nobre poeta da saúde é enfático:

> Temos que aprender e ensinar que os horários democraticamente estabelecidos devem ser despoticamente cumpridos... porque inúmeros finais de conferências madrugada a fora, dominados, muitas vezes, por pequenos grupos presentes, têm sido um ato duramente antidemocrático que alguns pensam legitimar cantando de mãos dadas o Hino Nacional. (P. 102).

Muitas vezes, porém, alguns ficam até tarde por responsabilidade e compromisso com a causa.

Encerra sua obra com um tema muito caro: a educação permanente para a participação. Para Gilson Carvalho, a ferramenta da educação é essencial para a mudança dos condicionantes e determinantes do estado de saúde e da qualidade de vida das pessoas. Deixa em seu livro, registrada para as futuras gerações, a Lei dos 5, como a única saída para a garantia de saúde no Brasil: educação, educação, educação, educação e educação.

O grande médico, o sanitarista, o poeta, o pensador, o radical defensor da participação cidadã viveu o suficiente para ver o exemplo da participação da saúde se espraiar por toda a Administração Federal, pelo Decreto n.º 8.243, de 23 de maio de 2014, que criou a Política Nacional de Participação Social e o Sistema Nacional de Participação Social.

AbraSUS,
Gilson! ■

Referências

SANTOS, L. Apresentação. In: CARVALHO, G. *Participação da Comunidade na Saúde*. Campinas: Saberes, 2014. p. 13.

Revista Saúde em Debate

Instruções aos autores para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADA EM DEZEMBRO DE 2013

A Revista Saúde em Debate (RSD), 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 das políticas de saúde nacionais e internacionais.

Política editorial

Publicada trimestralmente desde 2010, nos meses de março, junho, setembro e dezembro, é distribuída a todos os associados em situação regular com o Cebes. Além dos números regulares, a RSD publica números especiais que seguem o mesmo processo de avaliação e publicação dos números regulares.

A RSD aceita trabalhos inéditos sob a forma de artigos originais, ensaios, revisão sistemática, relato de experiência, artigos de opinião, resenhas de livros de interesse acadêmico, político e social, além de depoimentos e documentos. Os trabalhos devem contribuir com o conhecimento científico já acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à Revista não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

O Cebes não cobra taxas dos autores que submetem trabalhos à RSD. A produção editorial da entidade é resultado de trabalho coletivo e de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a Revista continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde pode se dar por meio da associação ao Centro no site http://www.cebes.org.br.

Modalidades de trabalhos aceitos para avaliação

1. Artigo original: resultado final 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, utilizando método de pesquisa. Objetiva responder a uma pergunta de relevância para a saúde, detalhando a metodologia adotada. O texto deve conter entre 12 e 17 laudas.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Editor Científico, 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.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área de políticas públicas de saúde, a critério do Conselho Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige em até três laudas.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Conselho Editorial.

O número máximo de laudas não inclui a folha de apresentação e referências.

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da Revista, transferidos por meio de Declaração de Transferência de Direitos Autorais assinada por todos os autores, conforme modelo disponível na página da Revista. É permitida a reprodução total ou parcial dos trabalhos desde que identificada a fonte e a autoria.

Submissão e processo de julgamento

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 texto, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo a ser anexado.

Fluxo dos originais submetidos à publicação

Todo original recebido pela secretaria do Cebes é submetido à análise prévia. Os trabalhos não selecionados nessa etapa são recusados, e os autores, informados por mensagem do sistema. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da Revista são devolvidos aos autores para adequação. Antes de se enviar aos pareceristas, encaminha-se o trabalho ao Conselho Editorial para avaliação de sua pertinência temática aos objetivos e linha editorial da Revista.

Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de pareceristas da Revista, que são escolhidos de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, priorizando-se os de estados da federação diferentes daquele dos autores. A avaliação dos trabalhos é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes

dos autores permanecem em sigilo até a aprovação final do trabalho. Caso haja divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro parecerista para desempate. Da mesma forma, o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer.
O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da Revista. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: (1) aceito para publicação; (2) aceito para publicação com 'sugestões não impeditivas'; (3) reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas; (4) recusado para publicação.

Quando a avaliação do parecerista indicar 'sugestões não impeditivas', o parecer será enviado aos autores para correção do trabalho, com prazo para retorno em até vinte dias. Ao retornar, o trabalho volta a ser avaliado pelo mesmo parecerista, que terá prazo de 15 dias, prorrogável por mais 15 dias, para emissão do parecer final. O Editor Científico possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como das alterações efetuadas.

No caso de solicitação para 'reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas', o trabalho deverá ser reencaminhado pelo autor em no máximo dois meses. Ao fim desse prazo, e não havendo qualquer manifestação dos autores, o trabalho será excluído do sistema.

Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da Editoria serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação via site ou e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho.

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

Os trabalhos enviados para publicação são de total e exclusiva responsabilidade dos autores, não podendo exceder a cinco autores por trabalho.

Registro de ensaios clínicos

A RSD 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. O número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Formatação do trabalho

– O texto 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.

– O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês

– Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais como:

  - Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa.
  - Métodos descritos de forma objetiva.
  - Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados.
  - Conclusão.
  - Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto.

– O texto completo deve conter:

  - Folha de apresentação com o título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo no máximo 15 palavras.
  - Os textos em português e espanhol devem ter título na língua original e em inglês. Os textos em inglês devem ter título em inglês e português.
  - Nome completo do(s) autor(es). Em nota de rodapé colocar as informações sobre filiação institucional e titulação, endereço, telefone e e-mail para contato.
  - No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.
  - 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.
  - Ao final do resumo, de três a cinco palavras-chave, utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br. Em seguida apresenta-se o texto.

– Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais. Exemplo: Reforma Sanitária[1].

– Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico.

– Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: 'porta de entrada'.

– Utilizar revisor de texto para identificar erros de ortografia e de digitação antes de submeter à Revista.

– Figuras, gráficos e quadros devem ser enviados em arquivo de alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza, em folhas separadas do texto, numerados e titulados corretamente, com indicações das unidades em que se expressam os valores e as fontes correspondentes. O número de figuras, gráficos e quadros deverá ser, no máximo, de cinco por texto. Os arquivos devem ser submetidos um a um, ou seja, um arquivo para cada imagem, sem identificação dos autores, citando apenas o titulo e a fonte do gráfico, quadro ou figura. Devem ser numerados sequencialmente, respeitando a ordem em que aparecem no texto. Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Exemplos de citações

Para as citações utilizar as normas da ABNT (NBR 10520)

Citação direta
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 indireta
Segundo Foucault (2008), o neoliberalismo surge como modelo de governo na Alemanha pós-nazismo, numa radicalização do liberalismo que pretende recuperar o Estado alemão a partir de nova relação Estado-mercado.

Exemplos de referências

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

Livro:
FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde.* Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Capítulo de livro:
FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L.V.C. (Org). *Participação, democracia e saúde.* Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

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

Documentação obrigatória

Os documentos relacionados a seguir deverão ser assinados e postados nos correios ou digitalizados e anexados como arquivo:

1. Declaração de autoria e responsabilidade.
Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento do trabalho ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do manuscrito ou revisão crítica do conteúdo; c) participar da aprovação da versão final do manuscrito. Para tal, é necessário que todos os autores e coautores assinem a Declaração de Autoria e de Responsabilidade, conforme modelo disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php.>

2. Conflitos de interesse
Os trabalhos encaminhados para publicação deverão conter informação sobre a existência ou não de conflitos de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas ao financiamento direto da pesquisa, mas também ao próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, inserir a informação "Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho" na folha de apresentação do artigo será suficiente.

3. Ética em pesquisa
No caso de pesquisa que envolva seres humanos nos termos do inciso II da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais–, deverá ser encaminhado documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que a aprovou.

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 for preparation and submission of articles

UPDATED ON DECEMBER 2013

The Health in Debate Review (Revista Saúde em Debate - RSD), first printed in 1976, is a publication of the Brazilian Center for Health Studies (Centro Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - Cebes) that aims to disseminate studies, researches and thoughts that contribute to the debate in the field of national and international health policies.

Editorial policy

Published quarterly since 2010, in March, June, September and December, a hard copy of RSD is delivered to all members up to date with their fees. In addition to regular issues, RSD also publishes special issues following the same process of assessment and publication.

RSD accepts unpublished works in the form of original articles, essays, systematized review, case studies, opinion articles, reviews of books of academic, political and social interest, as well as testimonies and documents. The works must contribute to the scientific knowledge of the field.

Works submitted to the RSD cannot be simultaneously submitted to other journals, partially or in full.

Cebes does not charge fees for the submission of works to RSD. The Center publishing output is the result of collective work and institutional and individual supports. Contributions for allowing the Review to remain as a democratic forum for the dissemination of critical knowledge in the health field can be made by means of joining the Center, at http://cebes.org.br.

Modalities of work accepted for evaluation

1. Original paper: final results of scientific research that can be generalized or replicated. The text must contain between 10 and 15 pages.

2. Essay: critical analysis on a particular topic of relevance and interest to the Brazilian and international health policies. The text must contain between 10 and 15 pages.

3. Systematized review: critical review of literature on current topic by applying a research method. It aims to answer a question of relevance to health. The work must detail the adopted methodology. The text must contain between 12 and 17 pages.

4. Opinion piece: exclusively upon invitation of the Scientific Editor. The text must contain between 10 and 15 pages. This format does not require Abstract.

5. Case study: description of academic, care or extension experiments. The text must contain between 10 and 12 pages.

6. Book review: review of books of interest to the field of public health policies, selected at the discretion of the Editorial Board. Texts must contain an overview of the work, its theoretical assumptions and the public to whom it is addressed. The text must contain up to three pages.

7. Document and testimonial: work on topic of historical or cyclical interest, selected at the discretion of the Editorial Board.

The maximum number of pages does not include the coversheet and references.

Copyright

Copyrights are of exclusive property of the Review and must be transferred through the 'Copyright Transfer Statement' signed by all the authors, as model available at the Review page. The total or partial reproduction of works is allowed since source and authorship be identified.

Submission and assessment process

Works must be submitted exclusively through the website www.saudeemdebate.org.br.

After its registration, the author responsible for submission will receive a login and password. By submitting the text, all mandatory fields of the page must be filled in with identical content to the file to be attached.

Flow of originals submitted for publication

Every original received by Cebes is subjected to prior analysis. The work not selected in this step is refused, being the authors informed by the system message. The work that does not conform to the Review publication norms are returned to the authors for adequateness. Before forwarding to reviewers, the work is sent to the Editorial Board for assessment of its relevance to the Review goals and editorial policy.

Once accepted for appraisal, the originals are forwarded to two reviewers, who are chosen according to their expertise on the work topic, prioritizing those reviewers outside the authors' federation states. The work assessment applies the blind review method, i.e., the authors' names remain confidential until the work final approval.
In case of divergence between reviewers, the work will be forwarded to a third reviewer for decision. Similarly, the Editorial Board may, at its discretion, issue a third opinion.

The assessment form is available at the Review website. The assessment output necessarily presents one of the following conclusions: (1) accepted for publication; (2) accepted for publication with 'non -restrictive suggestions'; (3) resubmit for further assessment after modifications suggested; (4) rejected for publication.

When the reviewer's assessment concludes for 'non-restrictive suggestions', the opinion must be forwarded to the authors for correction of the work, which must be returned within twenty days. Upon return, the work is reassessed by the same reviewer within a period of fifteen days, extendable for a further fifteen days, to issuance of the final assessment. The Scientific Editor has full authority to decide also on the final acceptance of the work as on the changes.

In the case of request to 'resubmit for further assessment after modifications suggested', the work must be forwarded by the author within two months. At the end of this term, and in the absence of any manifestation by the authors, the work shall be deleted from the system.

Any suggestions for modifications of structure or content by the Editorship will be previously agreed with the authors by means of communication via website or email. No additions or modifications will be received after the work final approval.

The opinion form used by the Scientific Council is available at http://www.saudeemdebate.org.br.

The works submitted for publication are the authors' exclusive responsibility and must not exceed five authors per work.

Clinical trial registry

RSD supports the policies for registration of clinical trials of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), so recognizing their importance to the registry and international dissemination of knowledge on clinical trials. Accordingly, clinical researches must bear the identification number in one of the Clinical Trial registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at http://www.icmje.org. The identification number must appear at the end of the Abstract.

Format of work

- The text must be forwarded in Microsoft® Word or compatible software, saved in doc or docx formats.

- Standard A4 (210X297mm), 2.5cm margin on each side, font Times New Roman size 12, 1.5 line spacing.

- The text must not contain any information that identifies the authors or institutions.

- The text can be written in Portuguese, Spanish or English.

- The style and creativity of authors as for the text composition are respected, however, it must include elements such as:

    - Introduction with clear definition of the problem investigated and its groundings.
    - Objective description of the methods.
    - Results and comments can be approached in a same item or separately.
    - Conclusion.
    - The repetition of data or information in different parts of the text must be avoided.

- The full text must contain:

    - Coversheet with the title, which must express clearly and briefly the content of the text, within no more than fifteen words.
    - Texts in Portuguese and Spanish must be titled in the original language and in English. Texts in English must be titled in English and Portuguese.
    - Author(s) full name. The information about institutional affiliation and title, address, telephone number and e-mail must be added in a footnote.
    - In the case of funding research, inform the funder.
    - Abstract in Portuguese and English, or in Spanish and English, containing a maximum of 700 characters, spaces included; the goals, method employed and main conclusions must be clearly stated.
    - Quotes or acronyms are not allowed in the Abstract, with the exception of worldwide recognized abbreviations.
    - At the end of the Abstract, three to five keywords must be inserted using the terms contained in the structured vocabulary (DeCS), available at http://decs.bvs.br. Then follows the text.

- Footnotes are not allowed in the text. Footnote markings, if absolutely necessary, must be overwritten and sequential. Example: Sanitary Reform[1].

- Testimonials must be italicized and follow the body of the text, without indentation.

- Highlighted words or text excerpts, at the discretion of the author, must use single quotation mark. Example: 'gateway'.

- Spellchecking is strongly suggested so to identify misspellings and typing mistakes before submitting the work to the Review.

- Pictures and tables must be sent in a high resolution file, black and white or grayscale, apart from the text, numbered and titled properly, with indication of the units in which values are expressed, adding the respective sources.

- A maximum of five pictures and tables are allowed, in total, per article.

– Files must be submitted one by one, i.e., a file for each image, without the identification of authors, containing just the title and the source of the picture or table.
– They must be numbered sequentially in the same order they appear in the text.

– In the case of photos, persons cannot be identified unless they authorize, in writing, for the purposes of scientific dissemination.

Examples of quotation

For guidelines on quotations, please address to the norm NBR 10520 of 'Brazilian Association of Technical Norms' (Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT).

Direct quotation
The 'Healthcare Operational Norm' (Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS) asserts that the 'Regionalization Plan' (Plano Diretor de Regionalização – PDR) "is based on the form of functional and resolving healthcare systems by means of the organization of state territories in regions/micro-regions and assistance modules" (BRAZIL, 2002, p.9).

Indirect quotation
Breihl and Grenda (1986) noted that the health-disease process results from a set of ascertainments that operate in a particular society, propitiating in different social groups the occurrence of perils that arise in the form of profiles or patterns of illness.

Examples of references

References must be inserted at the end of the article and follow ABNT (NBR 6023) norms. The number of references must not exceed 20, except for the case of systematized review. Only the last name of the author is written in full, being the name and middle names abbreviated by the first letter.

Book
CALFEE, R.C.; VALENCIA, R.R. *APA guide to preparing manuscripts for journal publication.* Washington: American Psychological Association, 1991.

Book chapter
O'NEIL, J.M.; EGAN, J. *Men's and women's gender role journeys:* A metaphor for healing, transition, and transformation. In: WAINRIB, B.R. (ed.). Gender issues across the life cycle. New York: Springer, 1992. p. 107-123.

Journal
PETITTI D.B. *et al. Blood pressure levels before dementia.* American Neurological Association, Chicago, v. 62, n. 1, p. 112-116, jan 2005.

Internet source
CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Norms for submission of papers to Health in Debate Review.* Available at: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/normas_publicacoes.pdf>. Access on: 9 jun. 2010.

Mandatory documents

The documents listed below must be signed and posted or digitalized and attached as a file:

1. Statement of authorship and responsibility
According to the International Committee of Medical Journal Editors' authorship criteria, authors must fulfil the following conditions: a) make a substantial contribution to the work design and planning or to the analysis and interpretation of data; b) make a substantial contribution to the manuscripts or to the critical review; c) participate in the approval of the manuscript final version. To this end, it is necessary that the author and co-authors sign the 'Statement of Authorship and Responsibility', as the model available at http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/index.php.

2. Conflict of interests
The work submitted for publication must contain information on conflict of interests. Financial conflicts of interests, for example, are not only strictly related to the research financing but also to the very nature of the employment. If there is no conflict, the information "I declare that there was no conflict of interests in the fulfilment of this work" suffices and must appear on the cover-sheet.

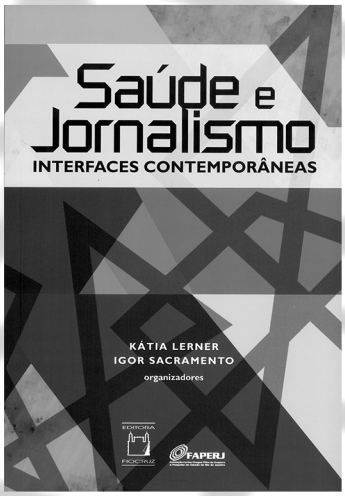
3. Ethics in research
In the case of research involving humans under the subsection II of Resolution 196/96 of the National Health Council – research that involves the human being, individually or collectively, directly or indirectly, in its entirety or in part, including the handling of information or materials –, a research approval document must be forwarded by the 'Committee of Ethics in Research' (CEP) responsible for the approval.

Mailing address

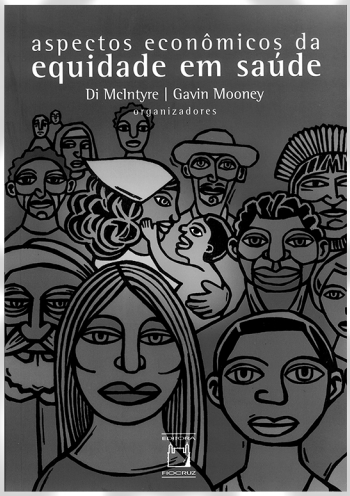
Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

EDITORA FIOCRUZ

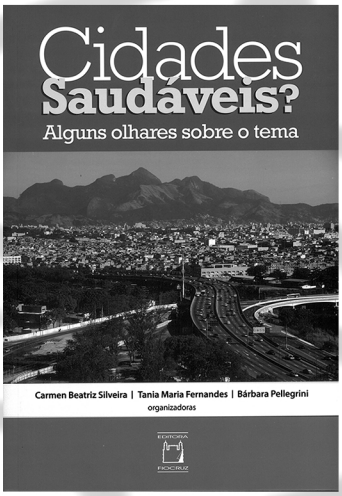
LANÇAMENTOS



SAÚDE E JORNALISMO:
INTERFACES CONTEMPORÂNEAS
Kátia Lerner e Igor Sacramento (orgs.)
272p.
Preço: R$38

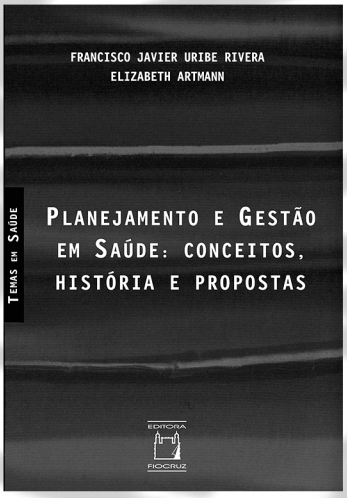


ASPECTOS ECONÔMICOS DA EQUIDADE EM SAÚDE
Di McIntyre e Gavin Mooney (orgs.)
Tradução: Vera Ribeiro
352p.
Preço: R$53

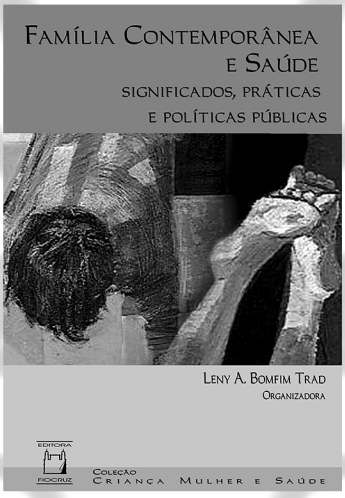


CIDADES SAUDÁVEIS?
ALGUNS OLHARES SOBRE O TEMA
Carmen Beatriz Silveira,
Tania Maria Fernandes e
Bárbara Pellegrini (orgs.)
332p.
Preço: R$50

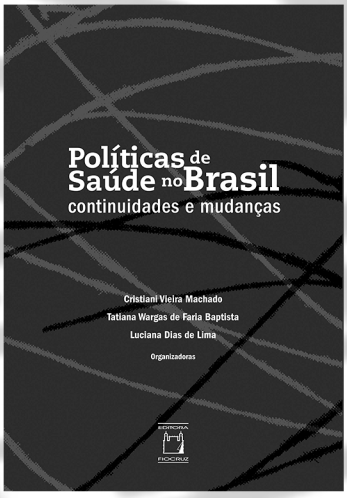
REIMPRESSÕES



PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE:
CONCEITOS, HISTÓRIA E PROPOSTAS
Francisco Javier Uribe Rivera
e Elizabeth Artmann
Coleção Temas em Saúde
1ª reimpressão
162p.
Preço: R$15



FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA E SAÚDE:
SIGNIFICADOS, PRÁTICAS E POLÍTICAS PÚBLICAS
Leny A. Bomfim Trad (org.)
Coleção Criança, Mulher e Saúde
1ª reimpressão
380p.
Preço: R$53



POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL:
CONTINUIDADES E MUDANÇAS
Cristiani Vieira Machado, Tatiana
Wargas de Faria Baptista e
Luciana Dias de Lima (orgs.)
1ª reimpressão
324p.
Preço: R$47

Não encontrando nossos títulos em livrarias, contactar a Editora Fiocruz:
Av. Brasil, 4036, 1º andar, sala 112, Manguinhos – Rio de Janeiro, RJ. CEP: 21040-361
Tel.: (21) 3882-9007 | Telefax: (21) 3882-9006 | e-mail: comercialeditora@fiocruz.br
Outros títulos em www.fiocruz.br/editora. Venda *online* disponível.

Diagramação e editoração eletrônica
Layout and desktop publishing

HG Design Digital

Design de capa
Cover design

Alex I. Peirano Chacon

Normalização e revisão de texto
Normalization and proofreading

Agnes Sabino (português)
Ana Karina Furginelli (inglês)
Ana Luisa Moreira Nicolino (inglês)
Carla de Paula (português)
Frederico Azevedo (normatização)
Jorge Luís Moutinho Lima (português)
Luiza Nunes (normatização)
Simone Basílio (português)
Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês)

Impressão
Printing

Imos Gráfica e Editora Ltda.

Tiragem
Number of Copies

1.300 exemplares/*copies*

Capa em papel cartão ensocoat LD 250 g/m²
Miolo em papel couché LD matte 90 g/m²

Cover in ensocoat card LD 250 g/m²
Core in couché LD matte 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, 2015.

v. 39. n. 104; 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