



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro, v. 37, n. 99 • out/dez 2013



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
Editor de Política Editorial:	Paulo Duarte de Carvalho Amarante
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 Helena Rodrigues Corrêa Filho Lucia Regina Fiorentino Souto Pedro Paulo Freire Piani

CONSELHO FISCAL • FISCAL COUNCIL

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

CONSELHO CONSULTIVO • ADVISORY COUNCIL

Albineiar 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
Lígia Giovanella
Maria Edna Bezerra da Silva
Nelson Rodrigues dos Santos
Pedro Silveira Carneiro

SECRETARIA • SECRETARIES

Secretária Geral: Cristina Maria Vieira de Almeida Santos
Pesquisador: Ludmilla Torraca de Castro

SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde Em Debate é uma publicação editada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITOR CIENTÍFICO • SCIENTIFIC EDITOR

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

CONSELHO EDITORIAL • PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkner – 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 – Universidade 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 Antropología 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

SECRETARIA EDITORIAL • EDITORIAL SECRETARY

Frederico Tomás 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

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



Apoio

Ministério da Saúde



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro • v. 37, n. 99 • out/dez 2013

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

548 EDITORIAL • EDITORIAL

ARTIGOS ORIGINAIS • ORIGINAL ARTICLES

PESQUISAS • RESEARCH

554 Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

Evaluation of the race/color variable completeness in the national health information systems for the measuring of ethnic-racial inequality in indicators used by the Performance Index of the Brazilian Unified Health System

Rui Moreira Braz, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Afonso Texeira dos Reis, Nadia Maria da Silva Machado

563 Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra

Primary care professionals' narratives about the national policy of black population integral health

Josenaide Engracia dos Santos, Giovanna Cristina Siqueira Santos

571 Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades

Black and white women and the accessibility to preventive health services: an analysis of inequalities

Emanuelle Freitas Goes, Enilda Rosendo do Nascimento

580 A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública

The perception of psychologists about institutional racism in public health

Natália Oliveira Tavares, Lorena Vianna Oliveira, Sônia Regina Corrêa Lages

588 Percepções daqueles que perguntam: - qual a sua cor?

Perceptions of those who ask: - what is your color?

Jaqueline Grandi, Miriam Thais Guterres Dias, Simone Glimm

597 A experiência de uma família que vivencia a condição crônica por anemia falciforme em dois adolescentes

The experience of a family undergoing chronic condition for sickle cell disease in their two teens

Margani Cadore Weis, Mariana Roberta C. Barbosa, Rosenedy Bellato, Laura Filomena S. de Araújo, Alessandra Hoelscher Silva

610 Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção

Quilombola community: analysis of the persistent problem in health attention under the focus of the Intervention Bioethics

Ana Beatriz Duarte Vieira; Pedro Sadi Monteiro

619 As notificações de acidentes de trabalho com material biológico em um hospital de ensino de Curitiba/PR

Reporting on work accidents with biological materials in a teaching hospital in the city of Curitiba, state of Paraná, Brazil

Rafaela Gessner, Liliana Müller Larocca, Maria Marta Nolasco Chaves, Suzana Dal-Ri Moreira, Elizabeth dos Santos Wistuba, Silvia Jaqueline Pereira de Souza

628 A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia

The organization of the access to dental health services within the family healthcare strategy in a municipality in Bahia

Roseli Pereira Tavares, Giovanni Caponi Costa, Michelle Lopes Miranda Falcão, Patrícia Suguri Cristino

ENSAIOS • ESSAYS

636 Testagem anti-HIV: indagações sobre a expansão da oferta sob a perspectiva do acesso e da construção da demanda

The HIV diagnosis: questions about the supply broadening from the perspectives of access and demand construction

Neide Emy Kurokawa e Silva, Luzia Aparecida Oliveira, Leyla Gomes Sancho

646 O sujeito implicado e a produção de conhecimento científico

The implicated subject and the scientific knowledge production

Moacir Tavares Martins Filho, Paulo Capel Narvai

655 A gestão por meio da avaliação individualizante e competitiva como elemento comum nas políticas públicas e gerenciais contemporâneas: uma contribuição crítica a partir de Michel Foucault

The management by means of the individualizing and competitive assessment as a joint element in contemporary public and management policies: a critical contribution from the work of Michel Foucault

Tadeu de Paula Souza, Gustavo Tenório Cunha

REVISÃO • REVIEW

664 Adolescência, crise e atenção psicossocial: perspectivas a partir da obra de René Kaës

Adolescence, crisis and psychosocial care: perspectives from the work of René Kaës

Melissa Pereira, Marilene de Castilho Sá, Lilian Miranda

672 Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde

Prospects and challenges of core support for family health as to practice in health

Karla Ferraz dos Anjos, Saulo Sacramento Meira, Carla Eloá de Oliveira Ferraz, Alba Benemerita Alves Vilela, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery, Edite Lago da Silva Sena

RELATO DE EXPERIÊNCIA • CASE STUDY

681 Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra

Racial inequalities and health: healthcare policy cycle of the black population

Luís Eduardo Batista, Rosana Batista Monteiro, Rogério Araujo Medeiros

A equidade como política

Uma das premissas componentes do sistema público universal de saúde é sua permeabilidade para as demandas advindas da sociedade, que se formam, historicamente, na pujança das relações sociais que estruturam e conformam a dinâmica social.

O CEBES renova seu papel como parte integrante do movimento sanitário, atuando na busca e construção de uma sociedade em que a saúde é entendida como dimensão integrante da vida e resultante da democracia baseada na igualdade das relações em sociedade.

Atualmente, são vívidos e crescentes o anseio e a necessidade de retomada das bases políticas e dos princípios da *Reforma Sanitária* como projeto para uma sociedade que promova e respeite os direitos sociais e humanos dos seus grupos e coletivos. O movimento pelos direitos sociais e humanos ressurgiu com força nas manifestações populares ocorridas em 2013, e o CEBES vem acompanhando e participando de perto por meio de análises conjunturais e ação política.

A construção do *Sistema de Saúde* brasileiro enfrenta desafios crescentes na concretização do acesso e qualidade dos serviços. Nas duas últimas décadas, o tema da saúde da população negra tem se caracterizado pela demanda por melhoria da saúde e do atendimento oferecidos a segmentos da população em desvantagem social. Essa condição desfavorável é gerada tanto pelas relações econômicas desiguais como pelo racismo estrutural e simbólico, ambos cultural e historicamente instalados na sociedade brasileira, permeando todas as áreas de atuação humana, inclusive a da saúde.

Os artigos temáticos que compõem este número da *Revista Saúde em Debate* trazem para a discussão pesquisas, avaliações e experiências sobre a saúde da população negra e a persistência das desigualdades e iniquidades étnico-raciais. Mais do que um campo de investigação, a saúde da população negra não se restringe apenas à questão da produção de conhecimento sobre um problema real. Configura-se numa ânsia por melhoria de condições de vida e de saúde que requer um sistema de atenção à saúde capaz de atender integralmente às especificidades que se manifestam na população. Tais especificidades estão associadas a práticas e atitudes marcadas pela exclusão étnico-racial, com frequência considerada inexistente. Entretanto, a visibilidade estrutural alcançada por tal anseio nestes últimos anos, tanto nos movimentos sociais como na academia e nas políticas governamentais, deve ser creditada à força e organização política dos seus atores.

A ‘racialização’ que o movimento negro e os grupos acadêmicos incorporaram em suas análises tem natureza histórica. Não é uma invenção transplantada de outros lugares, mas um processo histórico secular de acontecimentos e debates

que hoje culminam em políticas de ações afirmativas mais factíveis e amplas. Pode ser difícil comparar mais de um século de conquistas da população negra brasileira com duas décadas de ação afirmativa no Brasil, porém, a ‘racialização’, que agora atravessa a área da saúde, é o caminho que segmentos da sociedade brasileira escolheram, mesmo que não estejam isentos de equívocos ou acertos, o que justifica ainda mais a necessidade de estudar, debater e conhecer.

Há, dentre os teóricos brasileiros, aqueles que sustentam posições críticas à ‘racialização’ da sociedade brasileira retomada nos anos 1990 com a multiplicação de políticas para populações negras. O argumento principal é o de que o modelo histórico de relações étnico-raciais no Brasil é diferente daquele vivido nos EUA ou na África do Sul, que nossas classificações raciais são múltiplas e não estritamente bipolares entre negros e brancos.

A complexidade étnico-racial da sociedade brasileira, contudo, não a isentou de uma hierarquização social perversa e de consequências culturais duradouras, produzindo privilégios e exclusões, reforçando as desigualdades sociais e econômicas, enfim, gerando claro impacto sobre as formas de adoecimento e morte nessas populações que hoje são bem estudadas. O acesso e a qualidade dos serviços de saúde ainda revelam tratamento diferenciado a negros e não negros, como se fossem cidadãos de primeira e segunda categorias.

É imperativo que se respeitem as experiências e sentidos daqueles que se autot classificam como negros no Brasil. Não é mera classificação, mas posição política oriunda de experiência de vida que lhes permite escolher o caminho que desejam para suas vidas e de seus coletivos. É o direito à autodeterminação política e cultural para alcançarem padrões de existência mais justos. Por isso, é fundamental que se construa uma agenda capaz de promover a investigação sobre a saúde da população negra e o racismo institucional para que o sistema universal de saúde absorva as demandas da população.

Alguns artigos deste número analisam, também, o acesso aos serviços de saúde como indicador de avaliação da equidade do sistema. Apesar dos avanços ocorridos na última década na ampliação e oferta dos serviços, as condições práticas que favorecem o atendimento – denominado acessibilidade por alguns autores – continuam apresentando grande fragilidade, principalmente quanto à presença de profissionais de saúde, tempo de espera para atendimento, disponibilidade de exames complementares e o importante trabalho de cuidado que envolve a promoção, prevenção e recuperação. O atendimento ainda carece de políticas consistentes para sua sustentabilidade.

É importante reafirmar que acesso não é a simples abertura de novo serviço; requer planejamento estrutural e epidemiológico, capacitação da equipe do serviço, articulação com a rede local de saúde, assim como as demandas advindas do envolvimento da sociedade civil organizada. O acesso é um conjunto de decisões, financiamento e medidas que exigem mudança de cultura política e organizacional.

O CEBES nasceu com os movimentos sociais e populares e continua a dialogar com a sociedade e suas demandas de forma a transformar estruturas e viabilizar o projeto de equidade para a sociedade brasileira. Em sua trajetória de construção da Reforma Sanitária, o CEBES tem analisado criteriosamente os eventos e problemas da saúde. Com este número, o CEBES privilegia o tema Saúde da População Negra, reforçando, mais uma vez, a aliança com os segmentos que se encontram em situação de desigualdade e exclusão em quaisquer de suas possíveis dimensões históricas. Esta é a democracia que perseguimos e que pode produzir reais mudanças sociais e na saúde.

Nelson Mandela vive. Viva Mandela!

Diretoria Nacional do Cebes

Equity as a policy

One of the premises that integrate the universal public health system is its capacity of absorbing the demands arising from society, historically formed in the strength of social relations that organize and shape social dynamics.

CEBES renews its role as integral part of the sanitary movement, working on the search and construction of a society in which health is understood as one of life dimensions and results from the democracy grounded on the society's equality of relations.

Currently, are vivid and growing the wish and the need for resumption of political bases and principles of *Sanitary Reform* as a project for a society that promotes and respects the social and human rights of their groups and collectives. Social and human rights' movement re-emerged powerfully in the popular demonstrations occurring in 2013, and CEBES has been following and participating closely by means of the conjuncture analysis and political action.

The construction of the Brazilian *Health System* faces growing challenges in the implementation of access and quality of services. During the last two decades, the issue regarding health of black population has been characterized by demands for the improvement in health and care rendered to social disadvantaged population segments. This unfavorable condition is generated also by unequal economic relations as by structural and symbolic racism, both culturally and historically installed in Brazilian society, pervading all areas of human activity, including health.

The articles that make up this thematic issue of *Revista Saúde em Debate* bring to discussion surveys, assessments and experiences about health of the black population and the persistence of inequalities and ethnic and racial inequities. More than a field of research, health of the black population is not solely restricted to the question of knowledge production about a real problem. It is a craving for the improvement of living and health conditions that requires a health care system capable to fully meeting the specificities manifested within the population. Such specificities are associated with practices and attitudes marked by ethnic and racial exclusion, often considered as nonexistent. However, the structural visibility achieved by such yearning in recent years, also in social movements as in academia and in government policies, must be credited to the strength and political organization of its actors.

The racialization that black movement and academic groups incorporated into their analyses is historical in nature. It is not an invention transplanted from elsewhere, but a secular historical process of events and debates that culminate in more feasible and broadened policies of affirmative action. It may be difficult to

compare more than a century of achievements of the Brazilian black population with two decades of affirmative action in Brazil. However, the racialization that now pervades the health area is the path Brazilian society segments chose to pursue, even not being free of mistakes or successes, what justifies the need for further study, discuss and learn.

There are, among Brazilian theorists, those who hold critical positions to the racialization of the Brazilian society resumed in 1990 with the multiplication of policies pro black populations. The main argument holds that historical model of ethnic-racial relations in Brazil is different from that lived in America or in South Africa; that it embodies multiple racial classifications not strictly concerning to the duality blacks-or-whites.

Ethnic and racial complexity of Brazilian society, however, did not exempted it from a perverse social hierarchy of a long lasting cultural impact, producing privileges and exclusions, reinforcing social and economic inequalities, generating, in the end, clear impact on forms of illness and death to these populations who are today well investigated. Access and quality of health services still reveal different treatments to non-blacks and blacks as if they were citizens of first and second categories.

It urges to respect the experiences and senses of those who are self-classified as blacks in Brazil. It's not a mere classification, but a political position taken upon life experience that allows them choosing the path desired for themselves and their collectives. It is the right to political and cultural self-determination towards the achievement of fairer patterns. Therefore, it is essential to build an agenda capable of promoting research on health of black population and institutional racism so that universal health care system absorb the demands of the population.

Some articles in this number also analyze the access to health services as an assessment indicator of the system fairness. Despite the advances over the past decade in the expanding and offering of services, the practical conditions favoring the attendance – named accessibility by some authors – still show great fragility, especially as for the presence of health professionals, attendance waiting time, availability of complementary tests and the important work of care involving promotion, prevention and recovery. The service still lacks consistent policies to achieve sustainability.

It is important to reaffirm that access is not the mere opening of a new service; it requires structural and epidemiological planning, service staff training, liaison with health local network, as well as the demands arising from the involvement of the organized civil society. Access is a joint of decisions, funding and measures that require political and organizational culture changes.

CEBES was born in the midst of social and popular movements and continues to dialogue with the society and its demands so to transform structures and enable the equity design for Brazilian society. In its path towards Sanitary Reform, CEBES has carefully reviewed the events and health problems. This issue emphasizes the theme Health of Black Population, reinforcing, once again, the alliance with the segments living under inequality and exclusion in any of their possible historical dimensions. This is the democracy we have been after and that can produce real social changes and health.

Nelson Mandela lives. Viva Mandela!

Cebes' National Board.

Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

Evaluation of the race/color variable completeness in the national health information systems for the measuring of ethnic-racial inequality in indicators used by the Performance Index of the Brazilian Unified Health System

Rui Moreira Braz¹, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira², Afonso Texeira dos Reis³, Nadia Maria da Silva Machado⁴

¹ Doutor em Medicina Tropical pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. Administrador-Sanitarista no Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil. rui.braz@saude.gov.br

² Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professor da Universidade Federal do Pará (UFPA) – Belém (PA), Brasil. Diretor do Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil. paulo.oliveira@saude.gov.br

³ Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Coordenador Geral de Monitoramento e Avaliação, Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil. afonso.reis@saude.gov.br

⁴ Especialista em Gestão de Políticas Sociais pela Universidade Paulista (UNIP) – Brasília (DF), Brasil. Consultora da OPAS/OMS no Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil. nadia.machado@saude.gov.br

RESUMO: Avaliou-se o preenchimento da variável raça/cor em oito sistemas/módulos nacionais de informação em saúde, bem como a viabilidade de cálculo e uso de indicadores segundo esse quesito na avaliação do Sistema Único de Saúde. Somente três sistemas/módulos estavam adequados para validar três dos 24 indicadores usados pelo Índice de Desempenho do SUS. Apesar dos avanços nas estratégias para saúde de grupos étnico-raciais, o aprimoramento do preenchimento da variável permitirá melhor avaliação da situação de saúde da população negra. Recomenda-se monitoramento dessa variável por meio da qualificação da coleta e alimentação dos dados. É importante socializar o debate sobre equidade étnico-racial em saúde, utilizando-se o referido índice de desempenho para acompanhamento da atenção à saúde da população negra pelos governos e movimentos sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Completude; Avaliação de desempenho; População negra

ABSTRACT: *The race/color variable was assessed in eight national systems/modules of health information. The calculation feasibility and use of indicators were also evaluated as for this same issue under the Unified Health System. Only three modules/systems could validate three out of the 24 indicators used by the SUS Performance Index. Despite advances towards health of ethnic and racial groups, the completeness of the variable is mandatory to allow for a better evaluation of the black population health conditions. The monitoring of this variable is recommended by improving data collection and feed. It is important to broaden the debate on ethnic and racial equity in health by applying the mentioned performance index for monitoring the black population health care by Governments and social movements.*

KEYWORDS: *Completeness; Performance assessment; Black population.*

Introdução

A busca de conteúdo informacional aprimorado e capaz de incorporar as múltiplas dimensões das iniquidades em saúde em diferentes contextos sociais representa um desafio (MAGALHÃES, 2007). No Brasil, o Ministério da Saúde vem fortalecendo a agenda de promoção da equidade racial em saúde com a implementação de diversas estratégias para identificar, prevenir e enfrentar as desigualdades e discriminações de segmentos excluídos historicamente. Em 2009, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PN-SIPN), cujo objetivo geral é promover a saúde integral dessa população, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para redução das iniquidades (BRASIL, 2009). As diretrizes e metas para alcance desse objetivo encontram-se ratificadas no Plano Nacional de Saúde 2012-2015 (BRASIL, 2011a, p. 70). No processo de implantação dessa Política, o MS tem garantido a gestão transparente e participativa com os diversos atores sociais, possibilitando o acompanhamento dos resultados com recorte étnico-racial por meio dos grandes sistemas de informação em saúde, a exemplo do que ocorre atualmente com a AIDS, Tuberculose e Hanseníase, na Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>.

A qualidade dos sistemas de vigilância em saúde é definida por “atributos como a completude, oportunidade, utilidade, sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, simplicidade, flexibilidade, aceitabilidade e representatividade” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006, p.15). A completude dos dados influencia os demais atributos, pois a qualidade da informação é fundamental para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde. A completude se refere à proporção de casos notificados, apropriadamente, para as autoridades de saúde, sendo importante para doenças de ocorrência frequente e necessária para comparações nos âmbitos nacional e internacional (DOYLE *et al.*, 2002). É, portanto, a relação entre o número de casos registrados e ocorridos, mantendo conexão com a sensibilidade do sistema e assegurando se os dados foram coletados

e registrados adequadamente, inclusive para os eventos vitais como nascimentos e óbitos.

Alguns estudos analisaram a completude dos sistemas de informação, seja para eventos específicos, como tuberculose (MOREIRA, MACIEL, 2008), mortalidade por suicídio (MACENTE; ZONDANADE, 2010), declaração de nascidos vivos e óbito neonatal (BARBUSCIA; RODRIGUES-JÚNIOR, 2011) ou para vigilância de grupos de doenças nos Estados Unidos da América (JAJOSKY; GROSECLOSE, 2004), no Colorado-EUA (VOGT, *et al.*, 2006) ou na Coreia (YOO, *et al.*, 2009). Avaliar os sistemas de informação é imprescindível, pois são instrumentos para o diagnóstico situacional, podendo caracterizar populações sob risco e planejar estratégias conforme as especificidades de cada grupo populacional (ZILLMER, *et al.*, 2010). Os sistemas de informação podem contribuir, ainda, para práticas de saúde baseadas em evidências (RODRIGUES, 2000). A apropriação das informações em saúde pelos gestores e pela sociedade deve considerar os pontos fortes e suas limitações, resultado de avaliações regulares e sistemáticas dos dados disponibilizados. Nesse sentido, a qualidade da informação é essencial para a análise da situação sanitária e para a programação de ações de saúde (LIMA, *et al.*, 2009), tornando os sistemas de informação primordiais nos processos de planejamento, monitoramento, avaliação e tomada de decisão nos distintos níveis de competência das políticas públicas de saúde (LAGUARDIA *et al.*, 2004).

O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) é um programa instituído pelo MS com o objetivo principal de avaliar o desempenho do SUS quanto ao cumprimento de seus princípios da universalidade do acesso, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização; nos municípios, regiões, estados e no Brasil, tem como objeto o ‘SUS que atende o residente em cada município brasileiro’ e, como linhas avaliativas, as dificuldades do acesso e os resultados segundo as melhores respostas esperadas. Objetiva, também, detectar deficiências, visando à implementação de melhorias e não apenas à classificação dos níveis de desempenho (BRASIL, 2011b). No cálculo do IDSUS, são utilizadas as notificações de casos de doenças, internações, atendimentos ambulatoriais e eventos vitais constantes dos

diversos sistemas de informação utilizados pelos três níveis de gestão (municipal, estadual e federal). Visando a melhorar a avaliação das equidades entre grupos populacionais, o MS propôs avaliar a inclusão de recorte étnico-racial nos indicadores do IDSUS com vistas à melhoria das informações voltadas para a política nacional de saúde integral da população negra. Para que o IDSUS represente a realidade desse grupo populacional, é necessário que a coleta de dados relativos à raça/cor seja qualificada para não fragilizar a construção de indicadores que melhor avaliem a atenção à saúde quando se trata de um segmento específico. Nessa perspectiva, este estudo objetiva analisar a completude do campo raça/cor em oito sistemas/módulos de informação em saúde para verificar a possibilidade de aferição da equidade étnico-racial nos indicadores usados pelo IDSUS.

Método

Trata-se de estudo de abrangência nacional, compreendendo todos os municípios e estados que alimentam os sistemas de informação objeto desta avaliação. Foram analisados os seguintes sistemas de informação: 1) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); 2) Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) – módulos: a) Sífilis congênita; b) Hanseníase; c) Tuberculose; 3) Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) – módulos: a) Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC); b) Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (SIA-BPAI); 4) Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS); 5) Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). De acordo com o percentual de preenchimento do campo raça/cor, os sistemas de informação foram classificados em: adequado ($\geq 90\%$ de preenchimento) ou inadequado ($< 90\%$ de preenchimento), em relação à possibilidade de cálculo dos indicadores do IDSUS, com recorte étnico-racial. Para que o sistema fosse considerado adequado, cada um dos três anos mais recentes deveria apresentar pelo menos 90% de preenchimento do campo raça/cor. Foram considerados somente os três anos mais recentes disponíveis em cada série histórica por ser

este o período definido para construção dos indicadores do IDSUS. Os demais anos anteriores foram utilizados para análise da evolução temporal do preenchimento do campo avaliado.

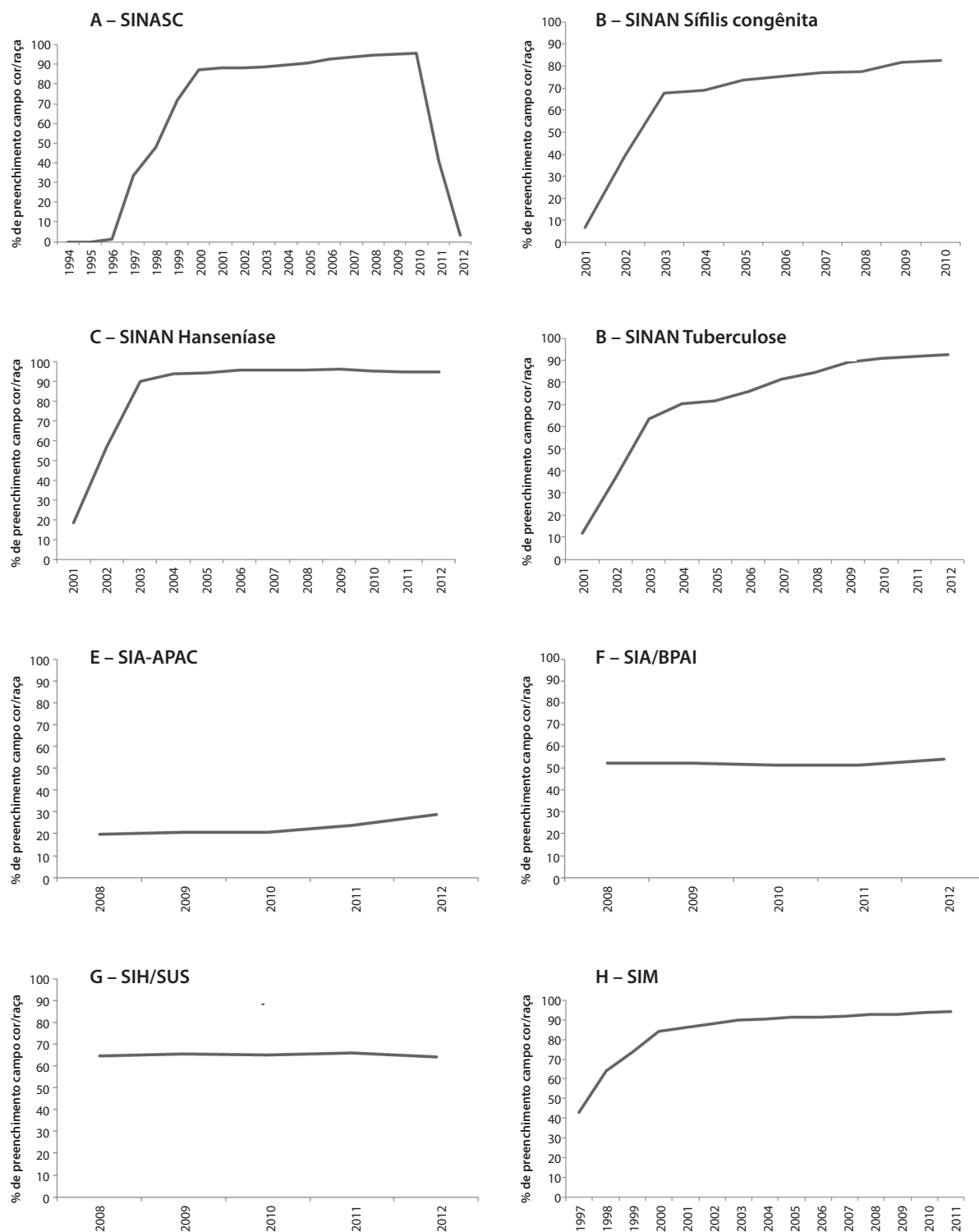
A possibilidade de validação com recorte étnico-racial dos 24 indicadores do IDSUS foi verificada adotando-se dois critérios: 1) com possibilidade de validação – quando o indicador tinha como fonte de dados um dos sistemas de informação avaliado como adequado, segundo a classificação acima; 2) sem possibilidade de validação – quando o indicador teve como fonte de dados um dos sistemas de informação avaliado como inadequado, ou, ainda, quando o indicador não utilizava, como fonte de dados, os sistemas de informação avaliados.

A completude da variável foi avaliada utilizando-se os programas de tabulação de dados de saúde (TABWIN e TABNET) do Departamento de Informática do SUS (Datusus), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. Todos os dados utilizados são públicos e disponibilizados na internet pelo Datusus em <http://www2.datusus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> (dados do SINAN) e <http://msbbs.datusus.gov.br/default.htm> (demais dados). Por envolver apenas o uso de dados secundários agregados, sem identificação de indivíduos, este estudo não acarretou risco às pessoas ou aos animais, dispensando os requisitos da Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Os resultados apurados para o SINASC demonstraram a disponibilidade de uma série histórica de nascidos vivos de 1994 até 2012. O preenchimento do campo raça/cor teve início em 1996 com um percentual de 1,3%, alcançando 95,6% em 2010. Quando analisados somente os três anos mais recentes, de 2010 a 2012, verificou-se que em 2011 o percentual de preenchimento desse campo teve queda vertiginosa para 41,1%, sendo maior em 2012, quando decaiu para 3,5%. (Figura 1A). A série histórica de Sífilis congênita estava disponível no SINAN no período de 2001 a 2010.

Figura 1. Percentual de preenchimento do campo raça/cor em oito sistemas/módulos de informação do SUS, em diferentes períodos. Brasil, 1994 a 2012



Fonte: MS/SVS/SAS – SINASC, SINAN, SIA/SUS, SIH/SUS e SIM.

Tabela 1. Classificação de oito sistemas/módulos de informação do SUS em relação à completude do campo raça/cor. Brasil, 2008 a 2012

SISTEMA/MÓDULO DE INFORMAÇÃO	PERÍODO TRÊS ANOS MAIS RECENTES	% PREENCHIMENTO CAMPO RAÇA/COR (MÉDIA TRÊS ANOS)	CLASSIFICAÇÃO
SINASC	2010-2012	46,7	Inadequado
SINAN-Sífilis congênita	2008-2010	80,6	Inadequado
SINAN-Hanseníase	2010-2012	94,8	Adequado
SINAN-Tuberculose	2010-2012	91,7	Adequado
SIA/SUS-APAC	2010-2012	24,4	Inadequado
SIA/SUS-BPAI	2010-2013	52,5	Inadequado
SIH-SUS	2010-2012	65,1	Inadequado
SIM	2009-2011	93,5	Adequado

Fonte: MS/SVS/SAS – SINASC, SINAN, SIA/SUS, SIH/SUS e SIM.

Nesse período, observou-se incremento contínuo do percentual de preenchimento do campo raça/cor para essa doença, iniciando em 2001 com 6,8% de preenchimento, passando para 82,6% em 2010. Em todos os anos, o percentual de preenchimento do campo raça/cor manteve-se abaixo de 90% (Figura 1B).

Os casos de Hanseníase estão disponíveis para análise no período de 2001 a 2012. O percentual de preenchimento do campo raça/cor iniciou com 18,6%, em 2001, e ultrapassou 90% em 2004, mantendo-se acima desse valor nos anos seguintes. Nos três anos mais recentes da série, 2010 a 2012, o percentual de preenchimento desse campo variou entre 94,6% e 95,1% (Figura 1C). A série histórica dos casos de Tuberculose abrange o período de 2001 a 2012. O preenchimento do campo raça/cor iniciou-se em 2001, com percentual de 11,8%. Apesar de o preenchimento desse campo ter aumentado gradualmente durante todo o período, somente ultrapassou os 90% em 2010, mantendo-se acima desse referencial no período de 2010 a 2012 (Figura 1D).

Em relação ao módulo de autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade - SIA/APAC, não houve muita variação no percentual de

preenchimento do campo raça/cor, analisado no período de 2008 a 2012. O preenchimento desse campo manteve-se abaixo dos 30% em todos os anos, variando de 19,6% em 2008 a 28,8% em 2012 (Figura 1E). O percentual de preenchimento do campo raça/cor no Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada – SIA/SUS-BPAI também apresentou pouca variação no período de 2008 a 2011. O preenchimento do campo manteve-se um pouco acima de 50% em todos os anos, variando de 52,4%, em 2008, a 54,2%, em 2012 (Figura 1F).

No sistema de internações hospitalares - SIH/SUS, o percentual de preenchimento do campo raça/cor apresentou-se estável no período de 2008 a 2012, com valores variando entre 64,3%, em 2012, e 65,9%, em 2011 (Figura 1G). Os dados temporais sobre mortalidade – SIM – foram analisados no período de 1997 a 2010. Nesse período, o percentual de preenchimento do campo raça/cor iniciou-se com 43,2%, em 1997, e apresentou incremento progressivo até alcançar 90,6% em 2004, mantendo-se acima dos 90% no restante do período. Nos três anos mais recentes, 2009 a 2011, o percentual de preenchimento desse campo variou de 92,8% a 94,0% (Figura 1H).

A avaliação da completude do campo raça/cor dos oito sistemas/módulos de informação em saúde, volta da para a viabilidade de recorte étnico-racial dos indicadores do IDSUS, permitiu classificar três (37,5%) sistemas/módulos como adequados e cinco (62,5%) como inadequados (Tabela 1). Foi possível verificar, também, que, dos 24 indicadores utilizados para construção do IDSUS, apenas três (12,5%) foram considerados como tendo possibilidade de validação em relação ao campo raça/cor: 1) Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente; 2) Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera; e 3) Proporção de cura dos casos novos de hanseníase. Os demais indicadores (87,5%) foram considerados como sem possibilidade de validação por apresentarem menos de 90% de preenchimento do campo raça/cor (Tabela 2).

Discussão

Enfatiza-se, inicialmente, que o propósito aqui não foi avaliar a qualidade dos sistemas de informação em saúde contidos neste estudo, porquanto é sabido da importância desses sistemas no direcionamento das ações de atenção à saúde no SUS. Pretendeu-se verificar, concretamente, a possibilidade de aferição da equidade étnico-racial no SUS – conceito que considera as desigualdades sociais como injustas e evitáveis (BRASIL, 2013). Nesse sentido, a presente avaliação de completude demonstrou que a maioria dos sistemas de informação estudados não possibilitou a validação dos indicadores do IDSUS em relação ao atributo raça/cor. Isso implica a dificuldade atual de se dimensionar o desempenho do SUS em relação ao princípio da equidade da atenção à saúde com recorte étnico-racial. Especificamente, daquele grupo alcançado pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Alguns sistemas de informação – como SIM, SINAN-Hanseníase e SINAN-Tuberculose – mostraram-se adequados, enquanto os demais sistemas apresentaram limitações evidentes quanto ao preenchimento do campo raça/cor. Os achados do presente estudo são corroborados por Soares-Filho (2012), que considerou satisfatória a proporção de, no mínimo, 90% de

preenchimento do campo raça/cor ao analisar a completude dessa variável nos sistemas de informação SIM, SINASC e SINAN (módulos AIDS, hanseníase, tuberculose, doença de chagas e sífilis em gestantes). Por outro lado, nos demais módulos do SINAN e no SIH/SUS, o preenchimento do atributo raça/cor não foi satisfatório. Felix *et al.* (2012), em um estudo sobre mortalidade por câncer de mama, categorizaram como excelente e bom o fato de a variável raça/cor, na declaração de óbito, ter apresentado até 10% de preenchimento incompleto, ou seja, um mínimo de 90% de preenchimento. O mesmo critério foi utilizado por Macente e Zandonade (2010) ao avaliarem a mortalidade por suicídio no SIM.

Um aspecto a ser observado em relação ao SINASC é que houve um declínio abrupto no preenchimento do campo raça/cor nos anos de 2011 e 2012, diferentemente dos anos anteriores, quando esse preenchimento foi considerado satisfatório, tanto nas análises de Soares-Filho (2012) quanto neste estudo (Figura 1A). Esse fato poderá inviabilizar o cálculo de um dos indicadores do IDSUS – Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal – em relação ao enfoque étnico-racial (Tabela 2). A introdução do recorte étnico-racial no cálculo do IDSUS é importante, porque esse índice pode melhorar a pontuação de desempenho do SUS naqueles entes federados que apresentarem melhor execução da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Contrariamente, aqueles com baixo desempenho alcançarão menores notas. Este aspecto é primordial no direcionamento das políticas públicas de saúde. Por isso, é relevante a qualificação do campo raça/cor nos grandes sistemas nacionais de informação em saúde para identificar as diferenças e as necessidades reais, possibilitando melhor acerto nas políticas de promoção da equidade. Ressalta-se que, apesar do entendimento de que não se estabelece uma relação de causalidade entre o quesito raça/cor e o surgimento de doenças, essa informação pode dar significativas indicações sobre as condições de vida e saúde da população negra (APARECIDA-PINTO; SOUZAS, 2002).

Deve-se salientar a importância do IDSUS não só para mensurar as desigualdades e classificar as instâncias de gestão no SUS, mas, principalmente, para detectar as deficiências e subsidiar o planejamento das

Tabela 2. Indicadores do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde segundo fonte de dados e possibilidade de validação do indicador a partir do campo raça/cor. Brasil, 2013

Nº	INDICADOR	FONTE DE DADOS	POSSIBILIDADE DE VALIDAÇÃO DO INDICADOR
1	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde	CNES e IBGE	Sem possibilidade
2	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal	CNES e IBGE	Sem possibilidade
3	Proporção nascidos vivos de mães com no mínimo sete consultas de pré-natal	SINASC	Sem possibilidade
4	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 e população da mesma faixa etária.	SIA-BPAI	Sem possibilidade
5	Razão exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 59 anos e população da mesma faixa etária.	SIA-BPAI	Sem possibilidade
6	Razão de procedimentos ambulatoriais selecionados de média complexidade e população residente.	SIA/SUS e IBGE	Sem possibilidade
7	Razão de internações clínico-cirúrgicas de média complexidade e população residente.	SIH/SUS e IBGE	Sem possibilidade
8	Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade selecionados e população residente.	SIA/SUS e IBGE	Sem possibilidade
9	Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta complexidade e população residente.	SIH/SUS e IBGE	Sem possibilidade
10	Proporção de procedimentos ambulatoriais de média complexidade para não residentes.	SIA/SUS	Sem possibilidade
11	Proporção de internações de média complexidade realizadas para não residentes.	SIH/SUS	Sem possibilidade
12	Proporção de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade realizados para não residentes.	SIA/SUS	Sem possibilidade
13	Proporção de internações de alta complexidade para não residentes.	SIH/SUS	Sem possibilidade
14	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.	SIM	Com possibilidade
15	Cobertura com a vacina tetravalente.	SI-PNI e SINASC	Sem possibilidade
16	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera.	SINAN-TUBERCULOSE	Com possibilidade
17	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase.	SINAN-HANSENÍASE	Com possibilidade
18	Taxa de Incidência de Sífilis Congênita.	SINAN-SÍFILIS CONG e SINASC	Sem possibilidade
19	Proporção de internações sensíveis à atenção básica (ISAB).	SIH/SUS	Sem possibilidade
20	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.	SIA/SUS e IBGE	Sem possibilidade

Nº	INDICADOR	FONTE DE DADOS	POSSIBILIDADE DE VALIDAÇÃO DO INDICADOR
21	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.	SIA/SUS e IBGE	Sem possibilidade
22	Proporção de parto normal.	SINASC	Sem possibilidade
23	Proporção de óbitos, em menores de 15 anos, nas Unidades de Terapia Intensiva UTI.	SIH/SUS	Sem possibilidade
24	Proporção de óbitos nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM).	SIH/SUS	Sem possibilidade

Fonte: Elaboração própria.

Notas: CCSAP: Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; IC: Insuficiência Cardíaca.

ações para enfrentamentos das situações étnico-raciais adversas. É certo que existem vários documentos que abordam estratégias relacionados à melhoria da saúde de grupos étnico-raciais, a exemplo da PNSIPN, denotando grandes avanços a serem considerados, pois se trata da construção de uma política setorial, com recorte racial, geradora de processo de diferenciação e de busca de legitimação, no âmbito da saúde pública, dos agravos sofridos pela população negra (MAIO; MONTEIRO, 2005). A existência de políticas avançadas no papel é um grande passo, mas não é suficiente para garantir avanços sociais de fato, tanto em relação aos impactos da política quanto em relação ao direcionamento de recursos e esforços governamentais, pois a não adoção de medidas estatais de combate às desigualdades raciais contribui para sua manutenção (FAUSTINO, 2012), principalmente, em sociedades como a brasileira, na qual relações de classe são racializadas e relações raciais são dependentes da classe social (CHOR; ARAUJO-LIMA, 2005). Para que o IDSUS possa ser o indutor das políticas de saúde com recorte étnico-racial, torna-se fundamental o preenchimento adequado do campo raça/cor nos sistemas de informação que fornecem dados para a construção de seus indicadores.

Torna-se necessária, ainda, a discussão permanente sobre o alcance de indicadores selecionados a partir de sua repercussão na saúde e, também, de sua capacidade de dar visibilidade às dinâmicas de interação de grupos populacionais específicos (MAGALHÃES, 2007).

A realidade demonstrada neste estudo evidenciou que ainda existe um longo caminho a se percorrer em relação ao preenchimento do campo raça/cor nos grandes sistemas nacionais de informação em saúde, de forma a possibilitar a adequada avaliação do SUS nas três esferas de gestão, com recorte étnico-racial. Em virtude dessa situação, recomenda-se que os gestores desenvolvam ações para superar essa limitação, possibilitando melhores opções de acompanhamento da PNSIPN. Um aspecto importante é o monitoramento permanente do preenchimento da variável raça/cor nos sistemas de informação para detectar as fragilidades e propor capacitação para os responsáveis pela coleta e alimentação dos dados. É importante, também, socializar o debate sobre o IDSUS referente à equidade étnico-racial em saúde, possibilitando aos movimentos sociais melhor acompanhamentos das políticas governamentais específicas. ■

Referências

APARECIDA-PINTO, E.; SOUZAS, R. Etnicidade e saúde da população negra no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1144-1145, set-out, 2002.

BARBUSCIA, D.M.; RODRIGUES-JÚNIOR, A. L. Completude da informação nas declarações de nascido vivo e nas declarações de óbito neonatal precoce e fetal, da região de Ribeirão Preto, São

Paulo, Brasil, 2000-2007. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1192-1200, jun., 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de saúde integral da população negra*. Anexo da Portaria GM N. 992, de 13 de maio de 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Política nacional de informação e informática em saúde – PNIIS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CHOR, D.; ARAUJO-LIMA, C. R. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1586-1594, set-out, 2005.

DOYLE, T.J.; GLYNN, M.K.; GROSECLOSE, S.L. Completeness of notifiable infectious disease reporting in the United States: an analytical literature review. *American Journal of Epidemiology*, Baltimore, v. 155, n. 9, p.866-874, 2002.

FAUSTINO, D.M.O. A equidade racial nas políticas de saúde. In: BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Org). *Saúde da população negra*. Brasília: ABNP, 2012.

FELIX, J.D. *et al.* Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do Sistema de Informação sobre Mortalidade em mulheres com óbitos por câncer de mama na Região Sudeste - Brasil (1998 a 2007). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 945-953, 2012.

JAJOSKY, R.A.; GROSECLOSE, S.L. Evaluation of reporting timeliness of public health surveillance systems for infectious diseases. *BMC Public Health*, London, v. 4, n. 29, p. 1-9, 2004.

LAGUARDIA, J. *et al.* Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 13, n. 3, p. 135-146, 2004.

LIMA, C.R.A. *et al.* Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, out., 2009.

MACENTE, L.B.; ZANDONADE, E. Avaliação da completude do Sistema de Informação sobre Mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 173-181, 2010.

MAIO, M.C.; MONTEIRO, S. Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 419-446, maio-ago. 2005.

MAGALHÃES, R. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde: significados e potencialidades das fontes de informação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 667-673, 2007.

MOREIRA, C.M.M.; MACIEL, E.L.N. Completude dos dados do Programa de Controle da Tuberculose no Sistema de Informação de Agravos de Notificação no Estado do Espírito Santo, Brasil: uma análise do período de 2001 a 2005. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Ribeirão Preto, v. 34, n. 4, p. 225-229, 2008.

RODRIGUES, R.J. Information systems: the key to evidence-based health practice. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v.78, n. 11, p. 1344-1351, 2000.

SOARES-FILHO, A.M. O recorte étnico-racial nos sistemas de informações em saúde no Brasil: potencialidades para tomada de decisão. In: BATISTA, L.E.; WERNWCK, J.; LOPES, F. (Org). *Saúde da população negra*. Brasília: ABNP, 2012.

VOGT, R.L. *et al.* Evaluation of the timeliness and completeness of a web-based notifiable disease reporting system by a local health department. *Journal of Public Health Management Practice*, Greenville, v. 12, n. 6, p. 540-544, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Communicable disease surveillance and response systems: guide to monitoring and evaluating*. Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

YOO, H.S. *et al.* Timeliness of national notifiable diseases surveillance system in Korea: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, London, v. 9, n. 93, p. 1-8, mar, 2009.

ZILLMER, J.G.V. *et al.* Avaliação da completude das informações do Hiperdia em uma unidade básica do sul do Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 240-246, jun., 2010.

Recebido para publicação em novembro de 2013

Versão final em dezembro de 2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra

Primary care professionals' narratives about the national policy of black population integral health

Josenaide Engracia dos Santos¹, Giovanna Cristina Siqueira Santos²

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (UnB), Brasil.
josenaidepsi@gmail.com

² Graduanda em Terapia Ocupacional pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (UnB), Brasil.
giovanna_cristina@hotmail.com

RESUMO: O Conselho Nacional de Saúde aprovou, no dia 10 de novembro de 2006, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Objetivo compreender os sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde da atenção primária a respeito da PNSIPN. Metodologia. Construcionismo social, com entrevista semiestruturada. Análise por meio do mapa de associação de ideias. As narrativas dos profissionais trouxeram a tona que a política para população negra não deve representar responsabilidade social. É vista como desnecessária e promotora da discriminação. Observou-se que as temáticas apresentadas pelos profissionais da atenção primária estão relacionadas ao mito da democracia racial.

PALAVRAS-CHAVES: População Negra; Política de saúde; atenção primária a saúde.

ABSTRACT: *The Brazilian National Health Council, on november 10th, 2006 approved the Policy of Integral Health of the Black Population. The objective of the research is perceive the meaning attributed by the care workers of primary care about the Policy of Integral Health of the Black Population. Methodology: Social Construcionism, with a semi-structured interview. The analysis was made through the map of association of ideas. The narratives of professionals brought up that the black population policy should not represent social responsibility and is taken as unnecessary and as discrimination's promoter. We observed that the issues showed by primary care professional are related to the racial democracy myth.*

KEYWORDS: *Black Population; Health Policy; Primary Health Care.*

Introdução

A Constituição Federal de 1988, no artigo 196, diz que “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Embora seja um avanço incontestável como direito do cidadão, não o é quando o Estado não assegura a todos a mesma qualidade de atenção à saúde, seja do ponto de vista regional ou étnico-racial.

A saúde da população negra tem sido objeto de políticas, pois possui características que conferem disparidades no que diz respeito às condições de saúde, seja do ponto de vista individual ou coletivo. A fim de promover a equidade no que diz respeito à efetivação do direito humano à saúde dessa população, o Conselho Nacional de Saúde aprovou, no dia 10 de novembro de 2006, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Instituída pela portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, tem como objetivo a promoção da equidade em saúde, em função de situações de risco, com vistas ao maior cuidado com a saúde da população negra. Lopes (2004) afirma que o cuidado se estabelece quando são consideradas as necessidades, o perfil socioeconômico, o gênero e a raça de uma população. A dificuldade em contemplar essa diversidade e pluralidade enfrentada pelos cuidadores pode comprometer a resolutividade de suas ações, principalmente na atenção primária à saúde.

A atenção primária à saúde, segundo Lago e Cruz (2001), é uma estratégia flexível caracterizada por meio do primeiro contato entre usuários e equipe de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em processo contínuo; está organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária para proteger, restaurar e reabilitar a saúde do indivíduo, família e comunidade, em um processo conjunto de produção social de saúde.

Produção social é entendida a partir da complexidade do sujeito que se relaciona ao desenvolvimento econômico, social, subjetivo, de gênero e étnico-racial. Um aspecto importante da atenção primária é a vinculação dos profissionais com a comunidade e com essas diversidades, o que é fundamental para a implementação de políticas públicas, com destaque às políticas de promoção de igualdade racial. Políticas de promoção

de igualdade racial são compreendidas como políticas públicas que pretendem corrigir iniquidades decorrentes de discriminação, histórica e atual, vivenciada pela população negra. Desse modo, a PNSIPN se caracteriza como uma política pública de promoção de igualdade racial em saúde que tem como objetivo atender às desigualdades que acometem a população negra, por meio de garantias de maior grau de equidade no que diz respeito à efetivação do direito humano à saúde, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos, dando ênfase àquelas de maior prevalência entre essa população.

No Brasil, a saúde da população negra, segundo Oliveira (2003), é um campo de estudos, pesquisas e assistência reconhecida do ponto de vista da legitimidade política, cujas bases científicas são inegáveis, ainda com pouca divulgação entre a população e os profissionais de saúde, para produzir sentido junto à sociedade. Esse sentido é aqui compreendido como um componente do contexto social construído e reproduzido que se articula, influenciando as ações dos sujeitos, aspecto importante quando diz respeito aos profissionais que trabalham na atenção primária, na medida em que é necessário conhecer as barreiras que, eventualmente, possam existir no acesso e entendimento dessa política para atendimento de sujeitos que historicamente são tratados de maneira iníqua. Assim, o objetivo deste estudo é explicar e descrever os sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde da atenção primária à PNSIPN. Desse modo, faz-se necessário compreender as narrativas dos profissionais da área e como se posicionam diante dessa política.

Metodologia

O presente estudo trata de uma pesquisa exploratória qualitativa. As pesquisas qualitativas são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas como construções humanas significativas, tanto no seu advento quanto na sua transformação. Segundo Minayo (1993), o material primordial da investigação

qualitativa é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas ou nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos.

Optou-se, como teoria conceitual metodológica, pelo ‘construcionismo’ social. De acordo com Kenneth Gergen, (*apud* Spink, 2004, p.26):

A investigação social-‘construcionista’ preocupa-se com a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo a si mesmos) em que vivem.

Essa abordagem possibilita capturar o processo da produção de sentidos nos contextos sociais. Spink (2010) define sentido como: ‘uma construção social’, um empreendimento coletivo, mais precisamente, interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais, historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com situações e fenômenos à sua volta.

A linguagem em ação focaliza as maneiras pelas quais as pessoas produzem sentidos e posicionam-se em relações sociais cotidianas. As práticas discursivas têm como elementos constitutivos a dinâmica, as formas e os conteúdos, e os repertórios linguísticos. Os repertórios linguísticos, para Spink (2004), são termos, conceitos, lugares comuns e figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades de construções de sentidos. São repertórios que circulam na sociedade de formas variadas. O cenário da pesquisa foi o Centro de Saúde 8, cuja equipe é formada por profissionais da atenção primária – médico, enfermeiro, odontólogo, assistente social, técnico de higiene dental e agente comunitário de saúde – que compõem a Estratégia de saúde da família (ESF) localizado em Ceilândia (DF). Os sujeitos da pesquisa foram dez profissionais da ESF, dos quais um médico, seis enfermeiros, uma assistente social e um agente comunitário de saúde.

No que diz respeito ao número de pessoas entrevistadas, Duarte (2002) afirma que o procedimento que se tem mostrado mais adequado é ir realizando entrevistas – a prática tem indicado um mínimo de 20, variando em razão do objeto e do universo de investigação –,

até que o material obtido permita uma análise mais ou menos densa das relações estabelecidas naquele meio e a compreensão de “significados, sistemas simbólicos e de classificação, códigos, práticas, valores, atitudes, ideias e sentimentos” (DAUSTER, 1999, p.2). Os critérios de inclusão foram: indivíduos com idade superior a 18 anos de ambos os sexos, com vínculo empregatício de mais de um ano e que aceitassem participar voluntariamente da pesquisa.

A coleta de dados constituiu-se de uma entrevista semiestruturada. Pinheiro (2004) considera a entrevista como “prática discursiva, ou seja, entendê-la como ação – intenção – situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem versões da realidade.” A entrevista materializa através da linguagem a experiência do indivíduo. O termo experiência é utilizado historicamente por Heidegger e explicado por Minayo (2012, p.622): “O sentido da experiência é a compreensão: o ser humano compreende a si mesmo e ao seu significado no mundo da vida”. Por ser constitutiva da existência humana, a experiência alimenta a reflexão e se expressa na linguagem.

A análise dos dados foi realizada por meio do Mapa de Associação de Ideias que, de acordo com Spink (2010, p.38),

são instrumentos de visualização do processo de interanimação que possibilitam, entre outras coisas, mostrar o que acontece quando perguntamos certas coisas ou fazemos certos comentários.

O Mapa nada mais é que uma tabela onde as colunas são definidas tematicamente e os temas refletem as três perguntas norteadoras da entrevista. Conforme Spink e Lima (2004), esse é um recurso para produzir sentido e compreender determinadas passagens das entrevistas.

As normas e diretrizes do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, foram obedecidas e atendidas. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação

de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, de número 239.796/2013.

Resultados

Neste estudo, foi possível conhecer os sentidos atribuídos pelos profissionais à PNSIPN a partir de suas narrativas. Para Ricoeur (1997), a narrativa seria uma operação mediadora entre a experiência viva e o discurso que se abre à interpretação, ao mesmo tempo em que estabelece condições para sua circulação, recepção e produção que se articula, consoante Lyotard (2006), com as relações de poder, políticas, identitárias, contextuais, percebidas tanto diacrônica quanto sincronicamente, o que denota a relação das narrativas com os discursos sociais, aspectos importantes para entendimento dos sentidos que os profissionais de saúde atribuem à PNSIPN. Na análise, identificaram-se os atributos relacionados à explicação da política:

Não exigência social: a política para população negra não deve representar responsabilidade social.

Os relatos mostram que não deve existir responsabilidade social com a PNSIPN, na medida em que a população negra não apresenta desigualdades que impliquem política especial. O que pode se perceber dos repertórios é que não aceitam a iniquidade racial, como se vê abaixo:

A gente sabe que o idoso tem que ter um atendimento específico, né? Agora pro negro não, porque pra mim branco e negro são iguais, né? Não tem essa diferenciação em relação à saúde. (E2)

Mas para a população negra, por quê? Porque são melhores? Porque são piores? Porque se hoje brigam tanto por igualdade porque vai fazer esse, trazer esse abismo de novo? (E3)

Para Trad e Brasil (2012), a PNSIPN é justificada por meio da necessidade de se repensar a igualdade de

ações e serviços, adotando a lógica de que a igualdade não pode ser justa: este é o primeiro passo para tal aceitação da iniquidade racial como fenômeno amplo que precisa ser combatido em todas as esferas.

Acho que não tem necessidade disso, não. Priorizar, não. (E4)

Os discursos revelam que as políticas de promoção da igualdade racial ferem o princípio constitucional da igualdade e que as políticas universalistas contemplam a todos igualmente, não ponderando que tais políticas não levam em conta a posição relativa de cada sujeito ou grupo dentro da sociedade, não atendendo, desse modo, ao princípio de igualdade.

Então acho que não cabe sentido, até que tá todo mundo brigando por direitos iguais, tem direito na universidade, direito disso, direito daquilo. Quer ficar junto com todo mundo, não 'todo mundo é igual perante a lei', porque você vai discriminar na área da saúde? (E3)

Não tinha que ter que brigar por uma causa. Porque é negro, porque tem mais dificuldade então vamos conseguir essa imposição para alcançar aquele objetivo. Acho que deveria ser no geral. A saúde não é para todos?' (E5)

As narrativas explicam que não há sentido em uma política específica, pois todos são iguais. Esse reconhecimento privilegia, antes de tudo, a figura de um indivíduo abstrato que se tornou o denominador comum universal. Retrata, também, uma dificuldade de compreensão, como afirma Arendt (2007), de que os homens não nascem iguais e não são iguais. As falas revelam que a exigência da igualdade, quando se vale da ideia de cidadão na sua formulação contemplativa, pode incorrer em acomodação de importantes disparidades em termos de raça, sexo, entre outros fatores. Este entendimento nos remete, ainda, a Malta (2001), que sinaliza que as desigualdades entre as pessoas não são dadas naturalmente, mas construídas pelo processo

histórico e pelo modo de produção e organização da sociedade.

Racismo ao contrário: a política para população negra deriva de uma discriminação

Os repertórios aparecem repletos de conteúdos que veem a política para população negra como fruto da discriminação e do racismo, e não da necessidade historicamente determinada de saúde social. Nascimento (1994) denomina esse fenômeno como uma forma contundente de intolerância social.

Agora me deu uma lembrança do 'Apartheid' (risos). Por quê, né? Essa diferenciação. (E2)

Porque isso aí seria uma discriminação. Até com quem não iria ser favorecido com aquilo, se todo mundo é tratado igual, se todo mundo tem as mesmas condições de atendimento, precária, mas tem. (E3)

Quer ficar junto com todo mundo, não 'todo mundo é igual perante a lei', porque você vai discriminar na área da saúde? (E4)

Nesse contexto dos relatos, é importante refletir sobre as políticas públicas voltadas ao desafio da redução das desigualdades raciais que não são consideradas nas narrativas, pois, para os entrevistados, a PNSIPN provoca uma nova desigualdade, ou seja, existe nos discursos espaço privilegiado dos negros ao se confirmar a política específica. Cunha (2012) credita essa resistência à crença de racismo na sociedade brasileira à opinião de que, no Brasil, se vive uma 'democracia racial' e que, ao focar esse recorte analítico, fomentar-se-ia um racismo inexistente. É bom ressaltar que racismo, segundo Lopes (2004), é uma programação social e ideológica às quais todos estão submetidos; não é questão de opinião. Uma vez envolvidas nessa programação social, as pessoas reproduzem, consciente ou inconscientemente, atitudes racistas que, em certos casos, são inteiramente opostas à sua opinião.

Atendimento prioritário como privilégio

A PNSIPN é descrita como concessão de privilégio que favorece a um grupo em especial. De certa forma, silenciam-se as evidências empíricas da exclusão do negro em todas as áreas e reafirmam-se as práticas discriminatórias que perpassam o cotidiano dos profissionais legitimadas pelo discurso abaixo:

O negro é quem vai ter prioridade pra pegar a medicação. (E2)

De informar que eles têm um risco maior de ter essas doenças, esses problemas, anemia, doenças crônicas, hipertensão, diabetes, mas sinceramente... (E2)

Nas narrativas, é possível perceber o mito da democracia racial, ou seja, de que não existe racismo no Brasil e, portanto, uma política específica seria privilégio. Ao entrar no mérito de critérios raciais na área da saúde, a máxima biológica de que não existem raças, principalmente em nosso país, onde a miscigenação teria fundado, segundo Bernardino (2002), uma essência biológica única, é usada, muitas vezes, como escudo para qualquer tentativa de se refletir sobre políticas que tentam corrigir iniquidades raciais. Ainda segundo o autor, essa recusa em se reconhecerem raças seria estratégica e ocorreria somente em momentos onde se discutem concessões de eventuais benefícios àqueles que são identificados como grupo de menos status.

Política como privação de direitos

A política é descrita como um instrumento de privação do direito constitucional à igualdade. E as políticas compensatórias para a população negra implicariam a redução dos direitos constitucionais da parcela da população que não é alvo dessas políticas. Segundo Rocha e Göttems (2009), nas políticas de promoção de igualdade racial, a igualdade formal em que todos são iguais perante a lei sede lugar à igualdade material e seu ideal de justiça social e distributiva, adotando, para reconhecimento dessa igualdade, o critério racial ou outros mais.

Se você colocar uma política 'anemia falciforme, vamos designar esse tratamento só pra população negra', e se o cara chegar lá morrendo de anemia e for um branco? Você não vai ser assistido? (E3)

Mas, assim, você acha que a cor da pele vai influenciar em alguma coisa? O que diferencia meu estado de saúde, porque eu sou mais clara, do outro que é negro? Nós temos a mesma idade, estamos com o mesmo problema de saúde, aí porque ela é negra ela vai receber, vai ser imposto que ela vai receber o atendimento e o outro, só porque ele é de pele clara, ele vai ter que ficar de fora... Assim, vai ter que correr atrás do direito que ele... Entendeu? (E5)

As falas evidenciam que ações que visam à igualdade racial não são justificáveis, ou seja, que não existem desigualdades raciais que fundamentem um tratamento diferenciado para a população negra.

Aí tem a política só pra negro, só pra branco, 'ah não, vou contratar um médico só pra negro, num pode ser um branco, tem que ser um negro', e a enfermeira 'não, tem que ser uma negra, a branca vai me atender? (E3)

Se diferenciar um atendimento específico a certa população, aí é que o trem não funciona mesmo. Pra todo mundo já não tá funcionando, se você adequar isso pra uma parte da população e outra política só pra outra parte, acho que aí é que vai travar o sistema, que não vai funcionar mesmo. (E3)

O descaso com relação à necessidade de investimento na saúde da população negra tem sido uma das faces mais perversas do racismo, pois, segundo Figueira (2004), nega a possibilidade de promover e manter condições dignas de saúde a esse grupo, perpetuando a presença da população negra nos piores índices nacionais em termos de preservação da saúde.

Contrariamente ao que as falas evidenciam, as políticas de promoção da igualdade racial não significam um deslocamento das ações universais como estratégia central da intervenção na vida social. Segundo Jaccoud (2008), é preciso reconhecer seu papel como instrumento de melhorias nas condições de vida da população brasileira, inclusive da população negra. Mas é necessário notar que os fatores históricos e os contranfigmentos raciais que ainda imperam no país impedem que as políticas universais sejam suficientes ao objetivo de enfrentar a discriminação e a desigualdade racial.

Discussão

Para registrar, ou melhor, colocar 'o preto no branco', as explicações da PNSIPN contidas nos discursos dos profissionais da atenção primária são endereçadas ao mito da democracia racial, que perpassa todas as narrativas. Essa compreensão acerca do tema remete, também, à discriminação racial como um complexo sistema velado de programação social, presente em todas as maneiras em que as pessoas – conscientemente ou não –, por meio de suas práticas discursivas, produzem realidades sociais e psicológicas (DAVIES; HARRÉ, 1900, p.43). Ficou evidente que o profissional tende a não perceber a discriminação ou a insistir em sua inexistência, contribuindo, assim, para a inação do sistema frente à discriminação e, conseqüentemente, para sua manutenção e ampliação.

Segundo Veloso (2006), uma sociedade que discrimina e nega a discriminação procura deixar claro que as políticas de igualdade racial são um equívoco e não um mecanismo reparador da igualdade. Assim, a questão é vista como desnecessária e promotora da discriminação. Ruas *apud* Xavier (2012), entende que, para se compreender o fenômeno saúde-doença em uma abordagem social e epidemiológica, é necessário considerar a referência racial e étnica como elemento básico determinante das desigualdades e iniquidades no acesso à saúde. A atenção primária deve se caracterizar por um atendimento que considere o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção

sociocultural, o que não foi contemplado no discurso dos profissionais.

Considerações

temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades (SANTOS, 2003, p.56).

Nesta pesquisa, observou-se que as temáticas para explicar e descrever o sentido da PNSIPN atribuídas pelos profissionais da atenção primária são as mesmas

que circulam e são compartilhadas pelos que vivem e interagem no dia a dia. Tal discurso é repetidamente reforçado e cristalizado pela mídia, pelo universo empírico, acadêmico, e reproduzido por pessoas como um caleidoscópio de ações e interações que as situam no mundo. Ao refletir acerca da temática abordada, percebe-se que o sentido majoritário atribuído à PNSIPN é, em um primeiro momento, corroborado pelo mito da democracia racial discriminatória que busca dar sentido àquilo que não faz sentido, pois não contempla a realidade e a lógica. De certa forma, é um coro de profissionais que entoam as dissonâncias e fazem emergir falsa igualdade de uma população desigual. Não se pode esquecer que, segundo Almeida (2007), somente tratando diferentemente os desiguais, segundo a própria 'regra da justiça', poder-se-á alcançar uma maior igualdade entre os grupos. ■

Referências

- ALMEIDA, M.M.M. Seminário Nacional Movimentos Sociais, 2, Participação e Democracia 25 a 27 de abril de 2007, UFSC, Florianópolis. *Anais*. Cidade, Núcleo de Pesquisa em Movimentos Sociais – NPMS.
- ARENDRT, H. *A Condição humana*. Rio de Janeiro: Editora Forense universitária, 2007.
- BERNARDINO, J. Ação Afirmativa e a Rediscussão do Mito da Democracia Racial no Brasil. *Estudos Afro-Asiáticos*, ano 24, n.2, p.247-273, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília, 2007.
- _____. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Artigo 196.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 9 dez 2013.
- CUNHA, E.M.G.P. Recorte étnico-racial: caminhos trilhados e novos desafios. In: BATISTA, L.E. et al. *Saúde da População Negra*. Brasília: ABPN, 2012. p.37–48.
- DAVIES, B.; HARRÉ, R. Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the theory of social behavior*, v. 20, p. 43-65, 1990.
- DAUSTER, T. A fabricação de livros infanto-juvenis e os usos escolares: o olhar de editores. *Revista Educação*, Rio de Janeiro, n.49, p.1-18, nov., 1999.
- DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões Sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*, n.115, mar., 2002.
- FIGUEROA, A. *Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: FUNASA/MS; UNESCO, 2004.
- JACCOUD, L. O combate ao racismo e à desigualdade: o desafio das políticas públicas de promoção da igualdade racial. In: THEODORO, M. (Org.) *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil 120 anos após a abolição*. 2. ed. Brasília: IPEA, 2008.
- LAGO, E.R.L.; CRUZ, R.R. Atención Primaria de Salud y medicina general integral. In: SINTES, R.A. *Temas de medicina general integral*. La Habana: Ciências médicas, 2001. p.07-28.
- LOPES, F.; Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. *Caderno de Textos Básicos do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra*, de 18 a 20 de agosto de 2004, Brasília, 2004.

- LYOTARD, J. F. *A condição pós-moderna*. 9. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2006.
- MALTA, D.C. *Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e o acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Unicamp, Campinas, 2001.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: Oposição ou Complementariedade? *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, jul./set., 1993.
- MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.3, mar., 2012.
- NASCIMENTO, E. Hipóteses sobre a Nova Exclusão Social. *Cadernos CHR*, Salvador, n.21, 1994.
- OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra*. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p.195.
- PINHEIRO, O.G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M.J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximação teórica e metodológica*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- RICOEUR, P. *Tempo e narrativa*. Campinas: Papirus, 1997. v.1.
- ROCHA, T.B.; GÖTTMERS, C.J. A política de cotas nas universidades: em busca da efetividade do direito a educação. Congresso Nacional do CONPEDI, 18, São Paulo, 04 a 07 de novembro de 2009, *Anais*. São Paulo, 2009.
- SANTOS, B.S. *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- SPINK, M.J. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, Rio de Janeiro, 2010.
- SPINK, M.J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M.J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2004, p.93-122.
- TRAD, L.A.B.; BRASIL, S.A. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o estado brasileiro. In: BATISTA, L.E. et al. *Saúde da População Negra*. Brasília: ABPN, 2012. p.70-97.
- VELOSO, G.M. Cotas na universidade pública: direito ou privilégio? *UniMontes Científica*, Montes Claros, v.8, n.2, jul./dez., 2006.
- XAVIER, E.C. O olhar das mulheres quilombolas sobre a atenção básica e das profissionais das unidades básicas sobre a saúde das comunidades remanescentes de quilombos urbanas de Porto Alegre. In: BATISTA, L.E. et al. *Saúde da População Negra*. Brasília: ABPN, 2012. p.193-208.

Recebido para publicação em dezembro de 2013

Versão final em dezembro de 2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades

Black and white women and the accessibility to preventive health services: an analysis of inequalities

Emanuelle Freitas Goes¹, Enilda Rosendo do Nascimento²

¹ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. Professora Substituta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. emanuellegoes@gmail.com

² Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. enildarosendo@hotmail.com

RESUMO: O racismo institucional é um fator determinante no acesso aos serviços de saúde, principalmente para as mulheres negras que sofrem com o impacto das intersecções das desigualdades de gênero e raça. O objetivo deste estudo é determinar os diferenciais das características sócio demográficas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de mulheres na Bahia, segundo raça/cor. Os resultados revelam que, para o nível de acesso considerado bom, as mulheres brancas representam 15,4%, enquanto as negras respondem por 7,9%. O estudo demonstrou que as desigualdades raciais e o racismo institucional são uma barreira no acesso aos serviços preventivos de saúde para as mulheres negras.

PALAVRAS-CHAVE: Desigualdades em saúde; Racismo; Acesso aos serviços de saúde; Saúde da mulher

ABSTRACT: Institutional racism is a determining factor for accessing health services, mainly for those black women who suffer the impact of gender and race inequalities' intersections. This study aims to ascertain the differences among socio-demographic characteristics and access levels to preventive services for women in Bahia as for race/color. The results noted that from those entitled to the good access level 15.4% were white women while 7.9% were black ones. The study showed that racial inequalities and institutional racism are barriers against the access to preventive health services regarding black women.

KEYWORDS: Inequalities in health; Racism; Access to health services; Women's health

Introdução

A desigualdade não decorre da diferença individual, mas do modo como as pessoas estão organizadas socialmente, em uma estrutura hierarquizada por valores simbólicos e materiais produzida pelas variadas relações sociais e que tem como consequência a repartição não uniforme de todos os tipos de vantagens e desvantagens. As desigualdades sociais são, portanto, resultado de processos sociais, demográficos, econômicos, culturais e políticos desenvolvidos em contextos determinantes social e historicamente.

Para Barata (2009), a discussão sobre igualdade ou desigualdade deve se situar além da simples comparação de situações, atribuindo-se juízo de valor ao que é igual ou desigual. Nesse sentido, as desigualdades sociais se referem às situações injustas, porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem em relação a outros quanto a oportunidades e acesso aos bens e serviços.

Nessa perspectiva, as desigualdades levam ao prejuízo do acesso à renda e aos direitos definidos como fundamentais: educação, saúde, previdência social, habitação, informação e bens culturais para grupos sociais historicamente excluídos. As desigualdades raciais no Brasil, estruturadas pelo racismo institucionalizado, impactam o acesso aos bens e serviços, tratando as pessoas de forma desigual por causa da sua raça/cor/etnia ou religião. Fruto da colonização, o racismo é reconhecido como princípio ativo desse processo, pois, desde o século XVI, as desigualdades impostas pelo regime escravagista do Brasil se mantiveram com o desenvolvimento de um sistema fundamentado no capitalismo, que conservou o racismo como legitimador da exclusão social.

O racismo institucional, conceito muito utilizado no Brasil para explicar as desigualdades raciais no acesso aos serviços de saúde, é descrito como:

O fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são

resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (CRI, 2006, p.22).

As relações raciais estão enraizadas na vida social dos grupos e classes sociais, afetando os indivíduos. Ao afetarem a capacidade de inserção das pessoas negras na sociedade brasileira, as desigualdades comprometem o projeto da construção de um país democrático, com oportunidades iguais para todas as pessoas, limitando, dessa forma, a capacidade de inclusão da população negra (HERINGER, 2002; IANNI, 2004).

No entanto, as pesquisas sobre as desigualdades sociais em saúde no Brasil privilegiam as análises a partir das condições sócio-econômicas em seus modelos explicativos, não havendo uma produção sistemática com a dimensão étnico-racial na expressão diferenciada dos agravos à saúde, visto que a qualidade de vida dos cidadãos determina a forma de adoecer e morrer. As pesquisas mostram desigualdades no perfil de saúde entre regiões e diferentes segmentos de classe social, mas poucas associam à inserção social desqualificada/desvalorizada da população negra na sociedade e nos indicadores de saúde (BATISTA; ESCUDER, 2005; BARATA, 1997).

A garantia do acesso universal e equitativo à saúde está diretamente associada ao acesso e utilização dos serviços que, muitas vezes, são violados por multifatores, tais como eixos estruturantes que funcionam de forma articulada, racismo, sexismo e condições sócio-econômicas e culturais. O acesso – utilização dos serviços e insumos de saúde – é condição importante para a manutenção de bom estado de saúde ou para seu restabelecimento, embora não seja o único fator responsável por uma vida saudável e de boa qualidade.

E, nesse caso, as mulheres negras experimentam diferentes tipos de discriminação de raça e gênero, que, quando se interseccionam, comprometem a sua inserção na sociedade como um sujeito de direito,

principalmente no que tange à saúde, onde as desigualdades impostas pelo racismo e sexismo diferenciam as mulheres no acesso aos serviços de saúde assim como no processo de adoecimento.

De acordo com Crenshaw (2002), a interseccionalidade é uma associação de sistemas múltiplos de subordinação, sendo descrita de várias formas, como discriminação composta, carga múltipla ou dupla ou tripla discriminação, que concentra problemas, buscando capturar as consequências estruturais de dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação.

As mulheres negras sofrem com o fenômeno da dupla discriminação, ou seja, estão sujeitas às múltiplas formas de discriminação social em consequência da conjugação perversa de racismo e sexismo, resultando em uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos em todas as dimensões da vida (CARNEIRO, 2002).

O objetivo deste artigo é analisar as desigualdades raciais e os níveis de acesso de mulheres maiores de 25 anos aos serviços preventivos de saúde na Bahia, segundo raça/cor.

Material e método

Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa. O estudo descritivo procura observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos ou fenômenos (variáveis) sem que o pesquisador interfira neles ou os manipule. Esse tipo de estudo tem como objetivo fundamental a descrição das características de determinada população ou fenômeno.

A população desta pesquisa é formada por mulheres negras, soma de pretas e pardas, e brancas com 25 anos ou mais de idade, residentes na Bahia, que responderam ao questionário da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) em 2008.

Como fonte para o estudo, foi utilizado o Suplemento de Saúde da PNAD/IBGE, de 2008. A PNAD, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, é um inquérito com base na população, de abrangência nacional e ocorre todos os anos. Já a Pesquisa Suplementar de Saúde, ocorre com uma periodicidade de cinco anos; iniciou-se em 1998 e foi repetida

com algumas alterações e inclusões em 2003, e na terceira edição, em 2008.

A PNAD é realizada por meio de uma amostra probabilística de domicílios, obtida em três estágios de seleção: unidades primárias - municípios; unidades secundárias - setores censitários; e unidades terciárias - unidades domiciliares (domicílios particulares e unidades de habitação em domicílios coletivos). O período da coleta de dados ocorreu de 29 de agosto a 20 de setembro de 2008.

As variáveis definidas para o estudo foram categorizadas em grupos distintos: características individuais, que correspondem às seguintes variáveis raça/cor, idade e sexo; comportamento e os estilos de vida individuais relacionados à composição familiar; condições econômicas, culturais e ambientais compostas por nível de instrução e renda mensal; condições de vida e de trabalho, que inclui instrução, trabalho e renda, morbidades referidas, estado de saúde e acesso a serviços preventivos de saúde.

Para uma análise sobre o acesso a serviços preventivos de saúde do câncer de mama e do colo uterino por mulheres negras e brancas, foi construído um indicador de acesso contemplando três níveis, conforme o número de exames realizados e o tipo de financiamento utilizado SUS ou Plano de Saúde. A construção do indicador de acesso tomou como base a composição das variáveis ordinais a seguir, derivadas de variáveis relacionadas ao acesso e à utilização de serviços preventivos de saúde da mulher do suplemento saúde da PNAD/IBGE (2008), sendo o indicador qualificado como bom, regular ou ruim, da seguinte forma:

Bom: a realização todos os exames preventivos (clínico das mamas, mamografia e colo de útero) e a utilização de plano de saúde ou serviços do SUS;

Regular: a realização de dois dos três exames preventivos com a utilização do plano de saúde ou serviços do SUS; e

Ruim: a realização de somente um dos três exames ou a não realização de qualquer dos três exames.

Tabela 1. Níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde segundo raça/cor e características sócio demográficas de mulheres com 25 anos ou mais de idade, Bahia, 2008

CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS	BRANCA			NEGRA		
	BOM N (%)	REGULAR N (%)	RUIM N (%)	BOM N (%)	REGULAR N (%)	RUIM N (%)
RAÇA/COR						
	331 (15,4)	254 (11,8)	1566 (72,8)	640 (7,9)	1103 (13,6)	6397 (78,6)
	Valor de p < 0,000			Valor de p < 0,000		
GRUPO ETÁRIO (EM ANOS)						
25 a 34	43 (7,5)	69 (12,1)	458 (80,4)	93 (3,8)	241 (9,7)	2147 (86,5)
35 a 49	122 (17,5)	93 (13,4)	481 (69,1)	264 (9,0)	473 (16,2)	2187 (74,8)
50 e mais	166 (18,8)	92 (10,4)	627 (60,8)	283 (10,4)	393 (14,4)	2059 (75,3)
	Valor de p < 0,000			Valor de p < 0,000		
COMPOSIÇÃO FAMILIAR						
Casal sem filhos	53 (15,8)	36 (10,8)	246 (73,4)	92 (9,7)	149 (14,6)	777 (76,3)
Casal com filhos	165 (15,5)	140 (13,1)	763 (71,4)	321 (7,9)	534 (13,2)	3202 (78,9)
Mães Solteiras	65 (13,5)	54 (11,2)	364 (75,4)	143 (6,2)	316 (14,3)	1747 (79,2)
Outros tipos de família	48 (18,1)	24 (9,1)	193 (72,8)	84 (9,8)	108 (12,6)	667 (77,6)
	Valor de p < 0,328			Valor de p < 0,021		
NÍVEL DE INSTRUÇÃO*						
Sem instrução	4 (1,0)	24 (6,2)	363 (92,8)	15 (0,9)	139 (8,8)	1426 (90,6)
Fundamental	46 (6,1)	86 (11,3)	626 (82,6)	132 (3,9)	470 (13,9)	2771 (82,6)
Médio	130 (20,5)	79 (12,4)	426 (67,1)	309 (13,1)	379 (14,9)	1859 (73,0)
Superior	151 (41,6)	64 (17,6)	148 (40,8)	181 (29,2)	116 (18,7)	322 (52,0)
	Valor de p < 0,000			Valor de p < 0,000		

Fonte: PNAD/IBGE - Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios, 2008.

Nota: *Nível de instrução mais elevado, inclui curso completo e incompleto.

As variáveis categóricas foram descritas por meio de distribuições de frequência (uni e bi variadas). Foram realizados o teste qui-quadrado de Pearson e o exato de Fisher (quando necessário) para verificar as diferenças entre as proporções das características sócio-demográficas e dos níveis de acesso (bom, regular e ruim),

segundo a raça/cor. Foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) 17.0 para a construção e armazenamento dos dados e o programa estatístico STATA v.8.0 para tratamento, construção do indicador de acesso e geração dos resultados.

Tabela 2. Níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde segundo raça/cor e condições de trabalho e renda de mulheres com 25 anos ou mais de idade, Bahia, 2008

CARACTERÍSTICAS DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E RENDA	BRANCA			NEGRA		
	BOM N (%)	REGULAR N (%)	RUIM N (%)	BOM N (%)	REGULAR N (%)	RUIM N (%)
POSIÇÃO NA OCUPAÇÃO NO TRABALHO						
Empregada com carteira assinada	84 (27,9)	50 (16,6)	167 (55,5)	155 (15,0)	194 (18,8)	684 (66,2)
Empregada sem carteira assinada	16 (8,8)	21 (11,5)	145 (79,7)	41 (5,6)	86 (11,7)	605 (82,6)
Funcionária pública	47 (34,6)	19 (14,0)	70 (51,5)	101 (27,2)	53 (14,3)	217 (58,5)
Trabalhadora doméstica*	3 (2,6)	10 (8,7)	102 (88,7)	12 (1,3)	146 (15,1)	808 (83,6)
Não remunerada	3 (2,3)	13 (10,1)	113 (87,6)	5 (1,5)	18 (5,2)	321 (93,3)
Autônoma**	55 (13,0)	51 (12,1)	316 (74,9)	92 (5,5)	203 (12,1)	1367 (82,3)
	Valor de p < 0,000			Valor de p < 0,000		
CONDIÇÃO DE ATIVIDADE						
Economicamente ativa	212 (15,8)	169 (12,6)	963 (71,6)	215 (7,7)	764 (13,8)	4354 (78,5)
Não economicamente ativa	119 (14,7)	85 (10,5)	603 (74,7)	215 (8,3)	343 (13,2)	2039 (78,5)
	Valor de p < 0,249			Valor de p < 0,529		
RENDA PESSOAL (EM SALÁRIOS MÍNIMOS) ***						
Inferior a 1	19 (3,9)	48 (9,9)	419 (86,2)	46 (2,1)	241 (10,7)	1968 (87,3)
1 até 3	81 (17,4)	55 (11,8)	330 (70,8)	206 (10,5)	336 (17,2)	1413 (72,3)
3 até 5	31 (35,2)	24 (27,3)	33 (33,5)	63 (34,1)	28 (15,2)	94 (50,8)
5 e mais	68 (46,3)	25 (17,0)	54 (36,7)	58 (30,9)	30 (16,0)	100 (53,2)
	Valor de p < 0,000			Valor de p < 0,000		
HORAS TRABALHADAS						
Até 14 horas	5 (4,1)	18 (14,9)	98 (81,0)	25 (4,5)	56 (10,1)	473 (85,4)
15 a 39 horas	52 (12,2)	46 (10,7)	330 (77,1)	101 (6,1)	211 (12,7)	1350 (81,2)
40 e mais	142 (22,3)	88 (13,8)	408 (64,0)	247 (10,4)	368 (15,5)	1752 (74,0)
	Valor de p < 0,000			Valor de p < 0,000		

Fonte: PNAD/IBGE - Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios, 2008.

Nota: *com e sem carteira assinada; **conta própria, empregadora, trabalhadora para o próprio consumo, ***salário mínimo de referência R\$ 415,00.

Resultados

As Tabelas 1 e 2 apresentam distribuição proporcional das características sócio-demográficas e condições de trabalho, estratificadas por raça/cor, bem como os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde. Sobre o acesso em relação à raça/cor, observou-se, na Tabela 1, que, para o acesso considerado bom, as mulheres brancas representam 15,4%, enquanto que as mulheres negras, 7,9% do total; para o acesso regular, o indicador é representado por mais de 10% das mulheres (11,8% brancas e 13,6% negras). No entanto, no que se refere ao acesso ruim, as mulheres apresentam uma alta concentração, chegando a mais de 70% do total (72,8% brancas e 78,6% negras). Em ambos os grupos (18,8% brancas e 10,4% negras), a relação entre o acesso e a distribuição etária mostra que há uma tendência de aumento do acesso com o aumento do grupo etário. Entretanto, as mulheres de 25 a 34 anos (80,4% brancas e 86,5% negras) têm um maior percentual do nível de acesso considerado ruim (Tabela 1).

Na composição familiar e no acesso aos serviços de saúde, as mulheres que fazem parte do grupo “outros arranjos familiares” apresentam a maior proporção do acesso considerado bom para ambos os grupos de mulheres (18,1% brancas e 9,8% negras). Na categoria de acesso ruim, as mães solteiras (75,4% brancas e 79,2% negras) apresentam o maior percentual (Tabela 1).

Na relação entre acesso, raça/cor e níveis de instrução, os dados revelam redução do acesso entre as mulheres com menores níveis de instrução, pois as mulheres sem instrução (90,6% das mulheres negras e 92,8% das mulheres brancas) não acessam o serviço. Em ambos os grupos, a melhora do acesso ocorre a partir dos níveis médio (20,5% brancas e 12,4% negras) e superior (41,6% brancas e 17,6% negras), como demonstra a Tabela 1.

A relação entre acesso e posição das mulheres no mercado de trabalho mostra expressivas variações entre os diferentes níveis de ocupação, em ambos os grupos. Nos resultados apresentados, é possível perceber que as mulheres que possuem carteira assinada (27,9% brancas e 15% negras) ou são funcionárias públicas (34,6% brancas e 27,2% negras) foram contempladas

com o bom acesso, que se concentrou em maior proporção nessas categorias, conforme Tabela 2. Já entre as trabalhadoras, sejam negras ou brancas, as mulheres que não têm acesso são as: sem carteira assinada (79,7% brancas e 82,6% negras), trabalhadoras domésticas (88,7% brancas e 83,6% negras) e não remuneradas (87,6% brancas e 93,3% negras). Com relação à condição da atividade, a distribuição é semelhante em ambos os grupos de mulheres, sendo as mulheres economicamente ativas (15,8% brancas e 7,7% negras) e não economicamente ativas (14,7% brancas e 8,3% negras) responsáveis pelos maiores percentuais no acesso ruim (Tabela 2).

A relação entre os níveis de renda e o acesso aos serviços de saúde é direta. Quanto menor a renda menor o acesso, como pode ser observado na Tabela 2. Em ambos os grupos, nota-se uma diminuição no nível do acesso entre aquelas que recebem menos do que um salário mínimo (86,2% brancas e 87,3% negras). Dentre as brancas, quanto maior o nível de renda, maior o acesso aos serviços de saúde. Dentre as negras, há aumento do acesso entre um e três salários mínimos e redução nos demais níveis de renda. A relação entre horas trabalhadas e acesso é semelhante ao padrão apresentado pela renda pessoal, ou seja, quanto maior o número de horas trabalhadas maior o acesso aos serviços de saúde em ambos os grupos.

Conclusão

Os níveis de instrução e renda pessoal são considerados macrodeterminantes, sendo caracterizados pelas condições econômicas, culturais e ambientais de uma sociedade. No estudo, podem-se identificar as características sociais e demográficas como influenciadoras do acesso das mulheres aos exames preventivos de saúde, pois, quanto melhor a renda, nível de instrução e ocupação no mercado de trabalho melhor o acesso.

Fatores associados às desigualdades de gênero e raça determinam as disparidades sociais, hierarquizando o acesso aos serviços de saúde por meio das diferentes características individuais. Entretanto, apesar de as mulheres negras e brancas sofrerem o impacto das

desigualdades sociais, o racismo determina as condições de acesso das mulheres negras, como se pode depreender dos dados; para o acesso ruim, as mulheres negras têm o maior percentual, enquanto as mulheres brancas são prioridade no acesso bom.

O fator idade também é determinante para o acesso aos exames preventivos de saúde, pois o estudo demonstrou que quanto maior a idade melhor o acesso. No entanto, ao se analisar por raça/cor, as mulheres negras com 50 anos ou mais têm o acesso prejudicado quando comparadas com as mulheres brancas.

De acordo com Bairros, Meneghel e Olinto (2008), as mulheres negras mais velhas tornam-se ainda mais vulneráveis socialmente, pois, com mais de 40 anos de idade, elas têm maior probabilidade de não ter realizado exame citopatológico ou de estar com o exame em atraso. A discriminação geracional impacta o acesso das mulheres mais velhas aos serviços de saúde.

As mulheres com nível de instrução mais elevado têm melhor acesso aos serviços preventivos de saúde, numa relação direta. Neste caso, as mulheres brancas têm o maior percentual quando comparadas às mulheres negras.

As dificuldades encontradas por pretos e pardos no sistema educacional do Estado de São Paulo não diferem das encontradas em outras partes do Brasil, sendo possível estabelecer uma correlação entre a cor e o analfabetismo, repetência, evasão escolar e condições de vida, sempre com piores resultados para os pretos (BATISTA, 2002).

Um estudo realizado com as PNADs de 1998 e 2003 demonstrou que as pessoas de maior renda e escolaridade apresentaram maior probabilidade de ter realizado consulta quando comparadas com as pessoas sem escolaridade e renda mais baixa. Quanto mais alta a renda e a escolaridade maior será a probabilidade de o indivíduo ter consultado médico nos últimos doze meses (MOTTA; FAHEL; PIMENTEL, 2008).

Os níveis de instrução e renda são aspectos sociais e econômicos determinantes das condições de vida de uma população, que podem, inversamente, caracterizar uma sociedade estruturada pelas desigualdades raciais onde as mulheres negras tendem a estar em maior

exposição sob o aspecto do acesso desqualificado aos serviços de saúde.

Em relação à posição no mercado de trabalho, o estudo evidenciou que as mulheres que são funcionárias públicas têm melhor acesso aos serviços preventivos de saúde. Isso pode ser explicado pelo fato de essas mulheres terem acesso à cobertura de plano de saúde que garanta o acesso aos serviços.

Para Rodrigues (2009), que realizou um estudo em Salvador, ficou demonstrado que as mulheres usuárias de serviços públicos de pré-natal e parto, negras em sua maioria, possuem, em grande parte, baixos indicadores sociais e econômicos, já que a maioria possui renda de até dois salários mínimos, exerce atividade sem remuneração e tem, em média, 9,62 anos de estudo.

Um estudo sobre acesso aos exames de detecção precoce para saúde da mulher na Região Sul do Brasil observou, quanto às características sociais e econômicas, que 56% das mulheres negras apresentaram menos do que oito anos de escolaridade; 45% pertenciam às classes D e E; e 89% viviam com renda familiar *per capita* menor ou igual a três salários mínimos (BAIRROS; MENEGHEL; OLINTO, 2008).

De acordo com Leal, Gama e Cunha (2005), as mulheres também se diferenciam nos serviços de saúde segundo o grau de instrução e a cor da pele no pré-natal. As mulheres negras com menor nível de instrução tiveram menor acesso à atenção adequada, de acordo aos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, não há como deixar de constatar que na sociedade há dois níveis de discriminação: a educacional e a racial, que invadem a esfera da atenção oferecida pelos serviços de saúde.

Lopes, Buchalla e Ayres (2007), em seu estudo sobre *Mulheres negras e não negras e vulnerabilidades ao HIV/AIDS no Estado de São Paulo*, informam que as mulheres negras entrevistadas eram detentoras do pior status sócio-econômico, seja na escolaridade, no rendimento ou nas condições de moradia.

Batista (2002) alega que o menor acesso aos bens e ao consumo social, menor escolaridade e dificuldade de inserção da população negra no mercado de trabalho ajudam a entender por que a população negra possui os piores indicadores de mortalidade, principalmente

quando as causas ou os fatores diretamente ligados à morte têm relação com as condições de vida, acesso aos serviços de saúde e qualidade da atenção.

Ao agregar as desigualdades sócio-demográficas e raciais, as mulheres negras ficam mais expostas às iniquidades em saúde, o que causa prejuízo ao processo saúde-doença, impactando as condições de vida. As condições sociais e demográficas são determinantes para o acesso aos serviços preventivos de saúde. No entanto, para as mulheres negras, a situação é sempre desfavorável, mesmo quando se equiparam às mulheres brancas quanto às melhores rendas, níveis de instrução e ocupação no mercado de trabalho.

As desigualdades raciais determinam o acesso aos serviços de saúde e limitam o cuidado. Por intermédio do racismo, as desigualdades são causadoras de doenças e agravos que resultam nas iniquidades raciais em saúde. E, para as mulheres negras, outros fatores agregados, como o sexismo, expõem a uma situação de vulnerabilidade e violam o direito à saúde e ao acesso qualificado.

Discussão

Os determinantes sociais influenciam o acesso das mulheres aos serviços preventivos de saúde. O estudo demonstrou que mesmo as mulheres com melhor renda, nível de instrução e ocupação no mercado de trabalho, em alguma medida, são prejudicadas pela falta de acesso a esses exames, podendo-se afirmar que as políticas de atenção à saúde das mulheres não estão sendo suficientemente implementadas nos serviços de saúde.

Apesar do Sistema Público de Saúde (SUS) ser universal, igualitário e equânime, com garantia constitucional conferida a todas (os) as (os) cidadãs (os) brasileiras (os), independentemente de sua cor/raça, sexo ou qualquer outra característica, sua aplicabilidade ideal ainda está distante, devido a fatores de contexto histórico, cultural e político.

O estudo apresentou o racismo institucional como uma barreira ao acesso aos serviços preventivos para a saúde das mulheres negras. E que essas desigualdades são determinantes sociais que impactam as condições de vida e o processo de adoecimento. ■

Referências

- BAIROS, F.S.; MENEGHEL, S.N.; OLINTO, M.T.A. Citopatológico e exame de mama: desigualdade de acesso para mulheres negras no sul do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, 17(2):123-153, abr-jun, 2008.
- BARATA, R.B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.
- _____. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.
- BATISTA, L.E. *Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte*. 2002. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2002.
- BATISTA, L.E.; ESCUDER, M.M.L. Medindo desigualdade na saúde. *Boletim Epidemiológico Paulista*. abr., ano 2, n. 16, 2005.
- CARNEIRO, S. "A batalha de Durban". *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 2.009-2.014, 2002.
- CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, v.10, n.1, p.171-188, 2002.
- CRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. *Identificação e abordagem do racismo institucional*. Brasília: CRI, 2006.
- HERINGER, R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2002, v. 18 supl., p. 57-65. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 27 de abril de 2010.
- IANNI, O. Dialética das relações raciais. *Estudos avançados*, São Paulo, v. 18, n.50, abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acessos em 04 jul. 2010.
- LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B. Desigualdades raciais, sócio-demográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 39, n. 1, 2005.

LOPES, F.; BUCHALLA, C.M.; AYRES, J.R.C.M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, supl. 2, p. 39-46, 2007.

MOTTA, C.P.G.; FAHEL, M.C.X.; PIMENTEL, E.C. *Desigualdades no acesso aos serviços de saúde da população ocupada: uma análise a partir dos dados das PNADS 1998 e 2003*. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu, MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

RODRIGUES, Q.P. *Desigualdades raciais no acesso de mulheres ao cuidado pré-natal e no parto*. 2009. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2009.

Recebido para publicação em novembro de 2013

Versão final em dezembro de 2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública

The perception of psychologists about institutional racism in public health

Natália Oliveira Tavares¹, Lorena Vianna Oliveira², Sônia Regina Corrêa Lages³

¹ Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. nataliaotavares@yahoo.com.br

² Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. lorenavoliveira@gmail.com

³ Doutora em Psicossociologia das Comunidades e Ecologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora Adjunta de graduação e pós-graduação no curso de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. sonialages@ig.com.br.

RESUMO: O artigo apresenta os resultados de uma pesquisa que teve como objetivo investigar a percepção dos psicólogos a respeito do racismo nas instituições de saúde. Esses profissionais integram o setor de psicologia de três hospitais públicos situados na cidade de Belo Horizonte. A metodologia fez uso da entrevista semiestruturada e da análise de conteúdo. Os resultados apontam a ausência de um olhar crítico dos profissionais sobre as relações étnico-raciais e suas implicações no campo da saúde, o que reproduz a ideologia da igualdade social no país, não contribuindo, assim, para com as ações promotoras da equidade.

PALAVRAS-CHAVE: Psicólogos; Racismo institucional; Saúde; População negra.

ABSTRACT: *This article presents the results of a study that aimed to analyze the perception of psychologists about racism in health institutions. These professionals integrate psychology sectors of three hospitals located in the city of Belo Horizonte. The methodology uses semi-structured interviews and content analysis. The results indicate the absence of critical view among professionals regarding ethnic-racial relations and their implications to the health field, reproducing the ideology of social equality in the country, what, in turn, does not contribute to the implementation of actions that promote equity.*

KEYWORDS: *Psychologists; Institutional racism; Health; Black population*

Apresentação

O racismo institucional, compreendido como o fracasso coletivo no atendimento com qualidade aos grupos sociais estigmatizados pela cor ou pela etnia, afeta, de forma significativa, a população negra no campo da saúde. A falsa democracia racial no Brasil, que “invisibiliza” o racismo, e, em consequência, as doenças que atingem de forma mais específica esses coletivos, dificultando o acesso aos serviços de saúde assim como a qualidade da atenção à saúde, tem sido determinante importante nos perfis de adoecimento e morte dos afrodescendentes. (LOUREIRO; ROZENFELD, 2005; LOPES, 2005a; BATISTA *et al*, 2005).

Apesar de a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2010) reconhecer que as condições de vida dessa população resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos da história do País, e que a persistência dessa situação é observada nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e nos graves índices de mortalidade de jovens e adultos em razão da violência urbana, drogas e álcool, os estudos sobre a temática apontam para a fragilidade das ações em prol da superação dessa situação.

As experiências desiguais ao nascer, viver e morrer são analisadas por Lopes (2005), que argumenta que a pobreza tem cor e que ela, dentre uma série de campos, atinge de forma visível e concreta a saúde dos afro-brasileiros, apesar de se constituir como um direito humano de acesso universal e igualitário. Ilustra a autora, com dados da pesquisa nacional sobre Discriminação Racial e Preconceitos de Cor no Brasil (2003), que:

3% da população brasileira já se percebeu discriminada nos serviços de saúde. Entre as pessoas negras que referiram discriminação, 68% foram discriminadas no hospital, 26% nos postos de saúde e 6% em outros serviços não especificados. Em sua maioria, o agente discriminador foi o médico e, ainda que isto tenha sido percebido, poucos buscaram denunciar o ato. Entre aqueles que o fizeram, ninguém relatou

ter sido informado sobre as providências tomadas pela instituição para reverter o quadro. (LOPES, 2005, p.20).

Outros estudos (CUNHA, 1997; OLIVEIRA, 2002; LOPES, 2004; MAIO, 2005; SILVA, 2005; WERNECK, 2005; SILVA, 2009) também evidenciam essas desigualdades e destacam a importância do Movimento Social Negro e feminista na luta pela visibilidade às questões de saúde da população negra e da mulher negra, de forma específica. A adoção de políticas públicas voltadas para o atendimento integral da saúde da população negra iniciou-se a partir da formação do Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra nos meados de 1990. Mas foi somente a partir da III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata, realizada em Durban na África do Sul, em 2001, que a implementação de políticas públicas voltadas para o referido campo se efetivou.

Essa situação reflete o não reconhecimento das contribuições de identidades sociais desprezadas, como tão bem apresenta Honneth (2003). O autor chama atenção para os efeitos psicossociais desse não reconhecimento, argumentando como ele pode inviabilizar os sujeitos para as lutas individuais e coletivas, uma vez que ele causa profundas lesões na autoestima, na autoconfiança e nos papéis sociais desses sujeitos. Pode-se pensar, em decorrência disso, na ausência de denúncias de preconceitos e discriminação recebidos nos hospitais, como aponta o estudo.

É procurando refletir e analisar sobre a responsabilidade da psicologia nesses processos sociais que este artigo apresenta parte de uma pesquisa de iniciação científica, que recebeu apoio da FAPEMIG e foi realizada em centros de saúde da cidade de Belo Horizonte, MG, buscando analisar os desafios no campo da saúde da população negra naquele município. No momento, foca-se na percepção de psicólogos, que trabalham em três hospitais públicos da cidade, a respeito do racismo institucional na saúde, considerando-se, de forma específica: a) o conhecimento da Lei 9.934, de 26/06/2010, que dispõe sobre a política municipal de promoção da igualdade racial, da

Política Municipal de Saúde da População Negra, lançada em 25/04/2008, assim como as ações afirmativas desenvolvidas pela Secretaria de Saúde do município; b) o conhecimento sobre o quadro de morbimortalidade da população negra; c) a percepção do racismo nas relações entre os gestores/empregados dos centros de saúde e os usuários do sistema.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFMG, conforme Parecer ETIC 0587.0.203.000-10.

Metodologia

A pesquisa fez uso da entrevista semiestruturada (MINAYO, 1993) e da análise de conteúdo (BARDIN, 2002) como ferramenta para interpretação dos dados. Ela foi realizada em três hospitais públicos situados na cidade de Belo Horizonte e entrevistou sete psicólogos que integram o setor de psicologia dos referidos centros de saúde. Quando for necessário apresentar a fala dos sujeitos entrevistados no texto, eles serão identificados por letras maiúsculas.

Como a participação na entrevista foi voluntária, em um dos hospitais, quatro psicólogos se ofereceram para participar. Nos outros dois, cada setor de psicologia foi representado por um profissional.

As singularidades das entrevistas permitiu identificar os seguintes núcleos temáticos: (a) percepção do racismo institucional; (b) iniquidade em saúde; (c) conhecimento sobre as leis e ações afirmativas em prol da promoção da igualdade racial; (d) interpretação dos psicólogos sobre o racismo; (e) existência de preconceitos e discriminação dentro dos centros de saúde; efeitos psicossociais do racismo; (f) papel da psicologia frente ao racismo institucional na saúde.

Em contrapartida à disponibilidade dos centros de saúde para a pesquisa, será oferecida aos profissionais daqueles centros a participação em um projeto de extensão a ser desenvolvido a partir de outubro de 2012 com o objetivo de criar um espaço de debate para se discutir o racismo institucional na saúde.

Apresentação e discussão dos dados

A erradicação do racismo institucional na atenção integral à saúde da população negra no SUS e a implementação da Política Nacional e Municipal de Atenção à Saúde Integral da População Negra integram as diretrizes do Plano Municipal de Igualdade Racial da Prefeitura de Belo Horizonte (2009). Seus objetivos vão desde a formação, capacitação e treinamento dos profissionais de saúde para o afastamento das práticas racistas; promoção de ações de prevenção e atenção à saúde da população negra com foco nas doenças como anemia falciforme, diabetes, hipertensão arterial, DST-AIDS, pré-natal e gravidez precoce; até a produção de pesquisas e divulgação de informações sobre a saúde desses coletivos.

Por outro lado, dentre os princípios que regem o Código de Ética do Conselho Federal de Psicologia (2005, p.7) destacam-se, no presente contexto, aqueles que enfatizam que o psicólogo baseará o seu trabalho em: (a) promoção da dignidade e integridade do ser humano, apoiados nos valores que preconizam a Declaração Universal dos Direitos Humanos; (b) promoção das pessoas e coletividades, contribuindo com a eliminação de negligência, exploração, discriminação e opressão; e (c) responsabilidade social, analisando de forma crítica e histórica a realidade político-econômica e social-cultural do País.

Torna-se evidente a responsabilidade que tem o profissional psicólogo em centros de saúde pública no que diz respeito ao combate ao racismo, uma vez que ele lida diretamente com sujeitos e coletivos que sofrem diversos e diferentes tipos de opressão, preconceitos e discriminação, o que afeta gravemente sua saúde mental e física.

No entanto, as relações étnico-raciais no País, mais especificamente o racismo, não são problematizados, como diz A.: *“Nossa, difícil, hein... eu nunca tinha parado para pensar nisto”*, apontando para a naturalização das desigualdades que impedem o questionamento e a promoção de sua visibilidade. Em outro caso, quando ele é percebido de forma clara, a reflexão se apoia num viés subjetivista e individualista, em que o sujeito tem que se implicar com os preconceitos, encontrar saídas individuais para *“(...) não ficar repetindo*

estereótipos de que foi a cultura que fez isso comigo e com minha família.” (B.)

O racismo possui raízes histórico-culturais, como avalia B., mas a ideologia da miscigenação aparece de forma sutil em sua fala quando diz que foi muito difícil para a população negra todo esse processo:

(...) ainda que fosse se misturando, ainda que vá se misturando, eu penso que tem toda uma situação, eu não leio muito, mas eu trabalho até... a própria escuta clínica passa por isso, de ver como o sujeito se coloca. Eu tenho pacientes negros, que eu atendo aqui nesse hospital... (B.)

A miscigenação seria a saída para a opressão, a escalada para a “*branquitude*”, os degraus por onde devem percorrer as pessoas negras que pretendem se integrar à sociedade – ideologia do século XIX que criou estratégias psicossociais para adequar o negro a uma sociedade branca e “*embranquecedora*” (SOUZA, 1983). Para tanto, os coletivos negros deveriam negar sua “*racialidade*” e identidade adotando saídas individuais e meritocráticas, a fim de se assemelharem aos brancos e, assim, serem incluídos. (BENTO, 2003; CARONE, 2003; SOUZA, 2009, 2011).

Quando a questão é vincular o racismo às instituições, o tema se torna complexo, uma vez que as instituições públicas devem se pautar por princípios de igualdade na diversidade, que são integrados ao seu ambiente e reproduzidos em forma de discurso pelos gestores e funcionários.

Entretanto, nenhum dos profissionais entrevistados conseguiu definir o que seria o racismo institucional, embora fossem capazes de recitar as normas e diretrizes do SUS sobre equidade em saúde.

Os centros de saúde que possuem convênio com o SUS recebem, em sua esmagadora maioria, pessoas negras, o que faz todo sentido, e como relata B.:

(...) aqui já era um hospital que mais de 80% dos pacientes dos procedimentos eram do SUS. É, então o que que é que eu fui vendo ao longo desses 16 anos, que no primeiro momento

a grande maioria dos meus pacientes, a maior parte da população era parda, mulata, negra. Então, o que que a gente pode pensar? É que aqui sempre veio, em termos de quantidade, sempre... isso nunca foi mensurado, mas a gente lida com isso na prática, que um número muito maior de pacientes é negro. E combinando com isso um nível sócio e econômico baixo, mais baixo.

Os estudos do IPEA sobre a saúde no Brasil apontam que, nos atendimentos e internações do SUS em 2003 no País, desagregando os dados por cor/raça, a proporção para os negros foi de 76% e 81%, respectivamente, revelando “fortes indícios do quanto a população negra é ‘SUS-dependente’”. (IPEA, 2008, p.6).

Diante desse quadro, é bem preocupante o desconhecimento dos profissionais sobre as vulnerabilidades daqueles coletivos com relação à saúde: uma das pessoas entrevistadas disse que não saberia falar sobre “*nenhuma*” das doenças que afetam de forma mais pontual a população negra e que “*nem imaginava*” que essas diferenças pudessem acontecer. Dos sete entrevistados, apenas dois assinalaram anemia falciforme como sendo mais incidente naquela população, e nenhum deles soube falar sobre outras patologias, nem mesmo as psicológicas decorrentes dos preconceitos e discriminação.

A anemia falciforme é apenas uma das doenças que deve receber a atenção dos profissionais de saúde. Outras também são mais frequentes naqueles coletivos: “hipertensão arterial, diabetes mellitus II, deficiência de G6PD, miomatose.” (SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, 2005, p.36). Essas doenças possuem sintomas similares a outras doenças e se não forem diagnosticadas corretamente podem levar os sujeitos à morte.

Mas se uma série de agravos que atingem os coletivos negros é decorrente de questões genéticas, outros são responsáveis por uma série de problemas que estão relacionados às más condições de vida, como as mortes violentas, a desnutrição, o DST/HIV/AIDS, os transtornos mentais relacionados ao uso excessivo do álcool e de outras drogas. (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA, 2007).

O desconhecimento dessas doenças é decorrente da invisibilidade da questão racial no Brasil, da naturalização da ideia de que somos todos iguais. Essa ideologia tem causado a morte de inúmeros cidadãos, lembrando que a falta de informação dos agravos que acometem a saúde da população negra é uma das formas do racismo institucional. Este se refere aos “interesses, ações e mecanismos de exclusão perpetrados pelos grupos racialmente dominantes”. (WERNECK, 2005, p.339).

O Relatório Macpherso (1999), documento do Reino Unido sobre o tema, define o racismo institucional como:

A incapacidade coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado ou profissional às pessoas devido à sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que contribuem para a discriminação através de preconceito não intencional, ignorância, desatenção e estereótipos racistas que prejudicam as minorias étnicas. (COMMISSION..., 1999, p.2 apud WERNECK, 2005, p.340).

Nas instituições de saúde, o racismo institucional se faz presente nas políticas que ignoram os diferentes perfis de adoecimento e morte entre brancos e negros; na formação dos profissionais que não inclui o debate sobre as questões raciais; no mau atendimento traduzido pela falta de atenção, descaso, ou por outras formas sutis de preconceito, como olhares, silêncios.

As autoras Loureiro e Rozenfeld (2005), numa pesquisa que teve por objetivo analisar as internações devidas às complicações da anemia falciforme com foco nos aspectos epidemiológicos e clínicos em hospitais da Bahia, Rio de Janeiro e São Paulo (no período de 2000 a 2002), apontam disparidades nas internações entre os centros de saúde pesquisados. No hospital da Bahia, por exemplo, a frequência e a baixa internação são significativamente menores do que nos outros estados. A análise aponta para a possibilidade da ocorrência de subregistros dos casos ou a permanência no setor de emergência durante todo o período de cuidados hospitalares ou pelo uso incorreto da CID ou, então, “devido

à grave ocorrência de baixa assistência hospitalar aos pacientes portadores de doença falciforme nesse Estado”. (LOUREIRO; ROZENFELD, 2005, p.947). Muito grave, também, é o subregistro dos óbitos atribuídos à anemia falciforme, podendo significar o desconhecimento do diagnóstico dessa doença.

O racismo institucional na saúde aparece de forma sutil na linguagem e no comportamento dos funcionários, como relata um dos psicólogos entrevistados:

Pra uma pessoa negra, o atendimento é diferenciado, sabe? Ele é. Até a questão do tratar os pacientes, também eu às vezes percebo isso. O carinho, né? O do olho claro, do cabelo... ele tem uma atenção um pouco melhor. Não sei se pela questão estética talvez... mas, assim... tem alguma coisa que diferencia. Sempre tá ligado às questões... às vezes as pessoas ligam à questão da marginalização mesmo. A gente recebe muitos pacientes com perfuração por arma de fogo, então assim... às vezes vem e o tratamento... é difícil a gente falar disso... (A.).

No caso de uma pessoa negra chegar ao hospital com ferimento devido à arma de fogo,

o discurso vai ser assim: você sabe o que que fulano fez? Você já descobriu? Você já conversou a família? Que que fulano faz? Agora... se é uma pessoa branca, se é um branco a pergunta já tem um discurso diferente: “Nossa, coitado, que que será que aconteceu?”. (...) e eu estou falando de uma dessas situações que a gente está acostumado no pronto socorro, aí você já quer saber o que fez. Se é um branco, você quer saber o que sofreu. (A.).

Se, para A., podem-se observar comportamentos preconceituosos no atendimento às pessoas negras, para os outros seis profissionais isso não foi percebido. Por outro lado, apontam, em sua totalidade, que tais coletivos ocupam postos de trabalhos relacionados aos serviços gerais e enfermagem, como técnicos. Tais dados condizem com as pesquisas e estudos a respeito da

discriminação no mercado de trabalho no que diz respeito às relações raciais. (IPEA, 2000; BENTO, 2000; COUTINHO, 2006).

De fundamental importância para o combate ao racismo nas instituições de saúde é a informação e o debate sobre o tema, o que permite a construção de um olhar atento a tais práticas. Mas, se o conhecimento e a reflexão estão ausentes, a consequência é a reprodução incessante dos mecanismos racistas na sociedade brasileira. Essa situação é bem ilustrada quando todos os profissionais psicólogos declararam desconhecer a Lei 9.934, de 26/06/2010, que dispõe sobre a política municipal de promoção da igualdade racial, bem como a Política Municipal de Saúde da População Negra, lançada em 25/04/2008. E, também, nenhum deles soube informar quais são as ações afirmativas desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde para alcançar e promover a equidade nesse campo; sobre o conhecimento dos dados relativos à utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisões quanto à saúde da população negra; sobre os dados que chamam atenção para o quadro de morbimortalidade da população negra; nem sobre os instrumentos de avaliação do Programa de Anemia Falciforme (PAF) na rede de serviços do município.

Também, de forma unânime, os profissionais psicólogos afirmaram que não existe nos centros de saúde em que trabalham nenhuma preocupação nesse sentido, que o tema nunca foi colocado na pauta das ações direcionadas para treinamentos, formação e discussão sobre a saúde da população negra. E, ainda, que nunca receberam queixas, por parte dos sujeitos usuários, de discriminação sofrida nos hospitais. Por outro lado, é importante assinalar que cinco dos profissionais entrevistados afirmaram que são comuns as queixas de discriminação recebidas por sujeitos homossexuais.

Sobre a maneira como o racismo pode adoecer as pessoas, apontaram: a “baixa autoestima”, “emocionalmente”, “psicologicamente”, “maior insegurança”, jargões bem utilizados no campo “psi” e que, em verdade, são bastante vagos. Em nenhuma das entrevistas apareceu o adoecimento psíquico articulado com as relações étnico-raciais advindo da falta de reconhecimento das contribuições das identidades afro-brasileiras para a sociedade.

Nem mesmo o silêncio e a não denúncia dos maus tratos devido à cor – o não dito – foram interpretados pelos profissionais como possíveis sinais do preconceito e discriminação que recebem os coletivos negros.

A contribuição da psicologia para o combate ao racismo nas instituições de saúde pesquisadas deixou claro, em todas as entrevistas, que a clínica é o espaço para o tratamento de situações que possam surgir e quem envolvam o racismo: a “*escuta*”, “*o tratamento humanizado*”, “*o foco na questão do sujeito*”, “*resgate do ser humano*”, “*estruturar isso com a subjetividade que ele está trazendo*”, foram termos, de maneira geral, utilizados. Dois dos profissionais participantes da pesquisa disseram que no setor de psicologia em que estão inseridos não existem ações efetivas e nem preocupação com o tema do racismo e a saúde.

Considerações finais

A participação da psicologia e dos profissionais psicólogos no combate ao racismo nas instituições de saúde é de inegável importância. Além do fato dessa responsabilidade estar preconizada nos princípios éticos do Conselho Federal, os psicólogos nos centros de saúde estão em contato direto com a população negra, até porque ela é ‘SUS-dependente’, viabilizando completamente a construção de um campo de reflexões e ações em prol dessa questão.

Adicionalmente às ferramentas que a própria disciplina oferece, já trabalham nos hospitais profissionais oriundos de diferentes campos do conhecimento, o que facilita o trabalho conjunto e a atenção focada no que acontece no ambiente com relação aos preconceitos e discriminações contra aqueles coletivos, seja na área da gestão hospitalar ou nas relações com os usuários.

Apesar disso, pode-se afirmar que este estudo apontou para uma total ausência de percepção do racismo institucional nos centros de saúde em que os profissionais psicólogos trabalham. A existência do racismo no país foi um dado confirmado por todos os entrevistados, mas não foi possível localizá-lo nas relações de trabalho, salvo pelas pequenas observações apontadas.

Essa situação pode ser pensada a partir da formação dos cursos de psicologia, que só muito recentemente têm colocado o tema em pauta; na falta de diálogo da psicologia social com a psicanálise; na psicanálise, que, de forma geral, insiste em reduzir os sujeitos a questões psíquicas, tratando a subjetividade de maneira individualista; na antiga e persistente dificuldade dos profissionais psicólogos de marcar posições fortes dentro dos centros de saúde.

Por outro lado, o que se percebe na fala dos entrevistados é a reprodução da naturalização de ideologias

que foram construídas para manter as relações interétnicas e raciais sem conflitos, propositoras de igualdade que na realidade não existe.

Dessa forma, a proposta se direciona para os Conselhos de Psicologia, em todos os âmbitos, no sentido de implementar ações que sensibilizem a categoria que atua no sistema de saúde com o objetivo de criar instrumentos concretos de superação da iniquidade nesse campo. ■

Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002.
- CÓDIGO DE ÉTICA DO PROFISSIONAL PSICÓLOGO. 2005. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 25 out. 2012.
- BENTO, M.A.S. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARONE, I.; BENTO, M.A.S. *Psicologia social do racismo*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- _____. Igualdade e diversidade no trabalho. In: BENTO, M.A.S. *Ações afirmativas e diversidade: desafios e possibilidades*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2000.
- CARONE, I. Breve Histórico de uma pesquisa psicossocial sobre a questão racial brasileira. In: CARONE, I.; BENTO, M.A.S. *Psicologia social do racismo*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- COUTINHO, M.L.P. *Discriminação no trabalho: mecanismos de combate e de promoção da igualdade de oportunidades*. OIT, Brasília, 2006.
- CUNHA, E.M.G.P. Raça: aspecto esquecido na iniquidade em saúde no Brasil. In: BARATA, R.C.B. (org). *Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, n.1, 1997. p.219-234. (Série Epidemiológica)
- HONNETH, A. *Luta pelo reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2003.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Retrato das desigualdades de gênero e raça*. Análise preliminar dos dados. 3. ed. Brasília, setembro de 2008.
- _____. *O perfil da discriminação no mercado de trabalho – homens negros, mulheres brancas e negras*. Texto para discussão 769. Diretoria de Estudos Sociais do IPEA. Brasília, nov.2000.
- LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. *Saúde da População Negra no Brasil - contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2005.
- LOUREIRO, M.M; ROZENFELD, S. Epidemiologia de internações por doença falciforme no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n.6, p.943-949, dez. 2005.
- MAIO, M.C.; MONTEIRO, S. Tempos de racialização: o caso da "saúde da população negra" no Brasil. *História, ciência, saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.12, n.2, ago.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 maio 2012.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
- OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra*. Brasília: OPAS, 2002.
- PLANO MUNICIPAL DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte: 2009.
- POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA. Brasília: SEPPPIR, 2007.
- SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL. Contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2005.

SILVA, J. A promoção à igualdade racial em 2006 e o Programa de Combate ao Racismo Institucional. In: JACCOUD, L. (Org.). *A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos vinte anos*. Brasília: IPEA, 2009, p.147-170.

SILVA, M.O.; FIGUEIREDO, N.D. Crítica sobre políticas, ações e programas de saúde implementados no Brasil. *Saúde da População Negra no Brasil - contribuições para a promoção da equidade*. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, 2005, p.387-437.

SOUZA, J. *A ralé brasileira: como é e como vive*. Belo Horizonte: UFMG, 2009.

_____. A gramática social da desigualdade brasileira. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. V.19, n.54, p. 79-97, fev, 2004.

WERNECK, J. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. *Saúde da população negra no Brasil*. Contribuições para a promoção da equidade. Brasília: Funasa: Ministério da Saúde, 2005.

Recebido para publicação em outubro de 2012

Versão final em agosto de 2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

Percepções daqueles que perguntam: - qual a sua cor?

Perceptions of those who ask: - what is your color?

Jaqueline Grandi¹, Miriam Thais Guterres Dias², Simone Glimm³

¹ Residência Integrada em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública (ESP) – Porto Alegre (RS), Brasil. jaquegrandi@gmail.com

² Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Professora e pesquisadora da UFRGS. miriamtgdias@gmail.com

³ Especialista em Ciência da Saúde pela Escola de Saúde Pública (ESP) – Porto Alegre (RS), Brasil. Tutora do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública (ESP) – Porto Alegre (RS), Brasil. sglimm@ig.com.br

RESUMO: Este artigo relata os resultados de pesquisa-ação pautada na Política de Saúde Integral da População Negra, realizada com o objetivo de instrumentalizar trabalhadores de um serviço de saúde de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Existem poucos estudos acerca dessa Política, que ainda é um importante meio de afirmação da inclusão social e enfrentamento à discriminação. Ao colaborar com a qualificação dos processos de trabalho de equipe de serviço de saúde, a pesquisa se propôs a auxiliar na operacionalização dos trabalhos do SUS e contribuir para uma sociedade mais igualitária e equânime, onde os sujeitos tenham seus direitos garantidos.

PALAVRAS-CHAVE: SUS; Política de saúde da população negra; Etnia; Atenção básica em saúde; Pesquisa-ação.

ABSTRACT: *This article reports the results of an action research based on the Integral Health Policy of the Black Population conducted with the aim of providing knowledge to basic health-care workers of the Municipal Health Secretariat in the city of Porto Alegre. There are few studies about this Policy, which is still an important means of social inclusion acknowledgement and discrimination tackling. By collaborating with the qualification of the health service teamwork processes, the research sets out to assist in the operationalization of SUS' works and contribute to a more egalitarian and fair society, where the subjects have their rights guaranteed.*

KEYWORDS: *SUS; Health policy of black population; Ethnicity; Primary health care; Action research.*

Introdução

A discussão acerca da temática etnia ganhou força nas últimas décadas no Brasil em estreita relação com ações adotadas pelo governo federal no final da década de 1990 e nos anos 2000, período marcado pelo crescimento da consciência pública sobre as desigualdades raciais. Esse movimento criou as condições necessárias para que se pense o tema etnia e sua interface com as diversas políticas públicas.

Escolher a Política de Saúde Integral da População Negra (PSIPN) como tema de pesquisa tem relação com essa conjuntura, considerando a necessidade de discutir o assunto e de contribuir para a capacitação das equipes de saúde da família, i.e., dos trabalhadores inseridos nos serviços de Atenção Básica em Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). O serviço de saúde desta pesquisa – doravante denominado ESF – localiza-se em uma comunidade do bairro Partenon em Porto Alegre e conta com uma população composta por diversas etnias, incluindo um número significativo de moradores pardos e negros. De acordo com o Plano Municipal 2010-2013 da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, as três regiões com a maior concentração de população negra no município de Porto Alegre são Partenon e Lomba do Pinheiro, 27,2%, seguidas da Região Leste Nordeste, 27,1%, e da Restinga, 26,4% (PORTO ALEGRE, 2010).

É característico dessa região o grande número de terreiros, que são também espaços de produção de saúde e de cuidado na tradição das religiões de matriz africana. Por essa razão, em 2010, a ESF aceitou o convite da Comunidade Terreira Ilê Asé Iyemonjá Omi Olodô, integrante da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (RENAFRO), para participar das reuniões denominadas ‘Conversa Afiada’. Nessa oportunidade, foram realizadas rodas de conversa com a proposta de estabelecer uma parceria para “[...] melhorar a qualidade de vida dos usuários do território adscrito, garantindo a efetivação dos princípios de equidade, acessibilidade e respeito à diversidade e fortalecimento do SUS” (KERKHOFF; FOLA, 2012, p.118). Essa ação resultou na aproximação entre a ESF e o terreiro, no intuito de reafirmar o respeito às crenças e costumes.

Percebe-se, assim, uma oportunidade para que se discuta o tema etnia, considerado como proposição da pesquisa.

Outra premissa considerada é a necessidade de os serviços de saúde conhecerem as reais demandas e especificidades da população atendida para que tenham condições de oferecer atendimento integral que contemple uma noção de saúde ampliada. Esta pesquisa teve como objetivos: conhecer e explicitar os elementos da PSIPN a fim de instrumentalizar os trabalhadores da unidade e contribuir para uma futura implementação dessa Política nesse serviço de saúde; conhecer suas diretrizes e seus objetivos; mapear junto à equipe da unidade de saúde seus principais aspectos para conhecer suas potencialidades e possíveis lacunas; valorizar e congregiar os conhecimentos dos membros dos movimentos sociais de defesa de direitos da população negra de Porto Alegre; e considerar os conhecimentos acerca da PSIPN advindos dos gestores de saúde, identificando as principais dificuldades manifestadas pelas equipes de saúde durante o processo de realização da pesquisa.

A seguir, apresentam-se e discutem-se os resultados alcançados pela pesquisa. Inicia-se por um breve resgate do processo de integração dos negros na sociedade brasileira e segue-se apresentando a proposta para a equipe de um serviço de saúde de atenção básica e construindo o projeto de pesquisa. Relata-se a forma como ocorreu a implementação da proposta na ESF – por meio de etapas vivenciadas no coletivo – e finaliza-se com a análise das reflexões produzidas pelos trabalhadores da ESF durante a pesquisa, além de algumas considerações. Importa salientar que se trata de um estudo inovador em virtude da perspectiva de construção coletiva, viabilizado por pesquisa-ação envolvendo trabalhadores do SUS que refletiram e participaram ativamente de todo o processo, em consonância com o método escolhido.

A população negra na sociedade brasileira

Para iniciar a discussão aqui proposta, cabe introduzir breve resgate histórico acerca da integração da população negra na sociedade brasileira.

A integração dos negros na sociedade de classes, título dado a um dos livros de Florestan Fernandes (2000), é tema de estudos que mostram as dificuldades que essa população enfrentou ao buscar inserção social. Essa integração teve como marco principal a abolição da escravidão, fato que ocorreu como ação isolada, posto que não foram criadas as condições para uma real inserção social. Essa falta de condições, ou seja, o não acesso à moradia, saúde, educação, a emprego, gerou forte repercussão negativa. Ao falar do período de industrialização do País do início do século XX e tomando por base a cidade de São Paulo, Fernandes ressalta a exclusão social sofrida por negros e mulatos que, “viveram dentro da cidade, mas não progrediram com ela e através dela” e, nesse contexto, “agravou-se, em lugar de corrigir-se, o estado de anomalia social transplantado do cativo” (FERNANDES, 2008, p.119).

Por volta de 1889, já era evidente a incapacidade do Estado em promover ações de ampliação de oportunidades para a população negra, no momento em que estava em mudança o status jurídico dessa população, considerando o fim da economia escravocrata. A naturalização das desigualdades teve apoio na consolidação da teoria racista – entre 1880 e 1920 –, que reafirmava a existência de uma hierarquia racial e o reconhecimento dos problemas resultantes de uma sociedade multirracial (JACCOUD, 2008). Essa ideologia sustentou-se mesmo com a mudança de contexto social e jurídico da população negra, somada à “ideia de que a miscigenação permitiria alcançar a predominância da raça branca” (JACCOUD, 2008, p.49).

Assim, surge no Brasil a ‘tese do branqueamento’ como projeto nacional, que se sustentava em uma ‘preferência’ à mestiçagem e aos ‘povos mestiços’, reconhecendo relativa aceitação da sociedade daquela época do grupo identificado com mulatos, pois teriam a possibilidade de continuar em uma trajetória em direção ao ideal branco. Amparada nessa ‘tese de branqueamento’, vigorou a ideia de que o progresso do País estaria atrelado não somente ao desenvolvimento econômico como também a um aprimoramento racial do povo. Corroborava para essa noção a constituição do cientificismo como verdade absoluta, posto que, ainda no século XVIII, alguns autores desenvolviam teses científicas que

afirmavam a inferioridade racial do negro (RODRIGUES, 2012). Esse contexto influenciou a tomada de decisões políticas que contribuíram para a restrição de possibilidades de integração da população negra na sociedade brasileira, aprofundando as desigualdades presentes até os dias atuais.

A exclusão social dessa etnia teria tido sua significação reduzida com a migração das outras etnias que também buscavam integração na sociedade capitalista. Assim, surge uma nova configuração referente ao mercado de trabalho, onde o processo de industrialização cria a necessidade de trabalhadores com capacidade de venda de sua força de trabalho; os negros e mulatos não estavam nesta categoria, sendo considerados inaptos para a aprendizagem técnica ou com capacidade insuficiente para o trabalho na indústria, participando em proporções ínfimas (FERNANDES, 2008).

Destarte, a ausência de oportunidades de inserção resultou na permanência da população negra em condições sociais desfavoráveis frente a outros segmentos populacionais. Nas décadas seguintes ao início do século XX, não houve proposta do Estado para resolver ou minimizar tal problemática, estando os reflexos desse período histórico ainda presentes na sociedade contemporânea. Dados da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), que compõem a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2007), trazem elementos que comprovam a intensidade da desigualdade no Brasil. No campo da educação, o índice brasileiro de analfabetismo geral era de 12,4%, em 2001: entre os negros, a proporção era 18,2% e, entre os brancos, 7,7% (IPEA 2002 *apud* BRASIL, 2007, p.25). Quanto ao aspecto da pobreza, mais de 32 milhões de negros com renda de até ½ salário mínimo viviam, em sua maioria, em lugares com características indesejáveis de habitação e eram potencialmente demandantes de serviços de assistência social (IBGE, 2000; IPEA 2002 *apud* BRASIL, 2007, p.26).

Segundo informações que integram o caderno Comunicados do IPEA (n.91, 2011), 97 milhões de pessoas se declararam negras – pretas ou pardas – no Censo Demográfico de 2010, e 91 milhões, brancas. Esse documento revela as características demográficas

da população negra do Brasil e traça um paralelo entre as condições de vida das populações branca e negra, informando que a população negra é predominante, mais jovem e mais pobre, tem mais filhos e está mais exposta à mortalidade por causas externas, especialmente homicídios (IPEA, 2011).

Esses indicadores demonstram uma relação importante entre as condições de vida e a necessidade de políticas públicas sociais que sejam capazes de contribuir de forma significativa para a superação de lacunas resultantes do não acesso aos serviços e da negação de direitos humanos. Portanto, justifica-se a necessidade de qualificar os trabalhadores do SUS para a implementação de uma política de saúde específica que atenda às necessidades de uma população com um histórico particular e diferenciado das demais etnias no Brasil.

Metodologia

A pesquisa realizada propôs um estudo participante calçado na realização de encontros sistemáticos em datas acertadas com as duas equipes de trabalho de uma ESF: duas enfermeiras, quatro técnicas em enfermagem, dois médicos, uma dentista, uma técnica em saúde bucal e seis residentes da Escola Pública de Saúde do RS de diferentes profissões. O intuito era o de informar e instigar a reflexão e troca de conhecimento, em parceria com movimentos sociais de defesa dos direitos da população negra de Porto Alegre e representantes da Secretaria da Saúde no âmbito da implementação da política social pública em questão. A metodologia adotada se norteia no método pesquisa-ação, que, segundo Michel Thiolent ocorre [...] “quando houver realmente uma ação por parte das pessoas ou grupos implicados nos problemas em observação” (THIOLLENT, 2002, p.15).

O método escolhido implicou um movimento que se inicia pela prática, continua com a compreensão e em seguida passa para a explicação, retornando, então, à prática. A prática referida é a prática social do grupo em primeiro lugar e, em segundo, a prática do pesquisador. Elas se misturam, resultando em conhecimento para o grupo e também para o pesquisador (HAGHETTE, 1992).

Na fase exploratória da pesquisa, que consistiu em ‘descobrir o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas em estabelecer um primeiro levantamento da situação, dos problemas prioritários e de eventuais ações’ (THIOLLENT, 1988), realizou-se uma conversa com a equipe participante a fim de construir uma abordagem coletiva sobre o tema. Para tanto, a pesquisadora apresentou uma proposta de pesquisa em reunião de equipe e a conversa inicial resultou na aprovação da metodologia sugerida, do número de encontros em que se abordaria o tema e da aceitação dos objetivos geral e específicos considerados pertinentes pelo grupo.

Ainda na fase exploratória, levaram-se em conta as características do território, conforme dito anteriormente, especialmente com relação às características étnicas da população, com o objetivo de dar continuidade às ações já realizadas, como as rodas de conversa propostas pela RENAFRO. Assim, pensando em se atingir os objetivos traçados, aprovou-se a proposta de participação das duas equipes da ESF neste estudo. A pesquisa baseou-se no Plano Municipal de Saúde 2010-2013 de Porto Alegre, na Constituição Federal de 1988 e nas próprias Políticas Nacional e Estadual de Saúde Integral da População Negra.

Respeitando o método escolhido, que prevê um trabalho integrado entre pesquisador e participantes, seguiu-se o cronograma definido conjuntamente para a realização de quatro encontros de uma hora e meia na própria ESF. Dois desses encontros foram restritos à equipe e à pesquisadora; um com a participação de gestores da política de saúde e outro com a presença de representantes dos movimentos sociais de defesa dos direitos da população negra.

O primeiro encontro contou com a presença do representante atual da gestão federal da política de saúde, Sr. Stênio Dias Pinto, Chefe do Serviço de Auditoria do Rio Grande do Sul, SEAUD-RS/DENASUS. As ricas contribuições advindas dessa participação refletem a relevância do cargo exercido. Porém, salienta-se, especialmente, o fato de tratar-se também de um militante de histórica importância no movimento de defesa dos direitos da população negra, com expressivos conhecimentos sobre o tema. Os assuntos por ele abordados envolveram questões fundamentais para a discussão

do tema etnia, como a construção social do racismo no Brasil, aspectos históricos, práticas realizadas pelos profissionais de saúde que podem contribuir para a reprodução e manutenção do racismo institucional; princípios básicos da Constituição Federal e algumas sugestões de ações para a equipe.

Abordou-se, ainda, o processo de aprovação da Constituição Federal, o papel das políticas públicas para o enfrentamento da discriminação racial, resgate histórico de lutas em que não se reconheceu o protagonismo do povo negro – Revolução Farroupilha, Guerra do Paraguai, Canudos, dentre outras –, algumas formas de disseminação de valores e ideologias que podem ir ao encontro da reprodução do racismo. Esse primeiro encontro contou também com a participação de uma representante da gestão municipal Sra. Gláucia Maria Dias Fontoura, gerência distrital de saúde.

No segundo encontro, com a participação da pesquisadora e da equipe, abordaram-se os seguintes tópicos: retomada dos objetivos do projeto de pesquisa, legislação federal, Plano Municipal de Saúde 2010-2013, Política de Atenção Integral à População Negra, inserção desta Política no SUS e seus objetivos. Dos objetivos traçados no projeto, pode-se considerar que dois foram alcançados nessa ocasião: conhecer as diretrizes e os objetivos da PSIPN e mapear, junto às equipes da ESF, seus principais aspectos a fim de reconhecer suas potencialidades e possíveis lacunas. Considerou-se, na explanação, que cada ente federado tem seu próprio tempo de gestão e execução da Política; por essa razão, citaram-se ações prioritizadas nos níveis federal, estadual e municipal.

O terceiro encontro foi planejado, porém não foi realizado. Estava programada a participação de representantes do movimento de defesa dos direitos da população negra, para o que foram contatados dois grupos. Contudo, os vários esforços enviados no sentido de contar com sua presença na atividade não obtiveram sucesso.

No último, que, de fato, foi o terceiro encontro, realizou-se uma conversa acerca das informações socializadas durante os encontros anteriores a fim de conhecer as possibilidades e limites identificados pela equipe com relação ao tema abordado, relacionando os processos de

trabalho atuais e possíveis mudanças que contemplem os aspectos abordados durante os encontros. Também, apresentou-se material didático sobre os aspectos que definem o modo de formular, avaliar e monitorar uma política pública, tomando por base a PSIPN.

Resultados e discussão

Durante a realização dos encontros previstos na pesquisa, a PSIPN foi conhecida, debatida e, em alguma medida, pode-se dizer que incorporada pela equipe ao final desta pesquisa. Para confirmar esses resultados, serão reproduzidas as falas dos trabalhadores, identificados por siglas, preservando, assim, seus nomes, conforme estabelecido no Termo de Consentimento Livre e esclarecido, do projeto aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Saúde Pública do RS e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre - RS (SMS/PMPA). As siglas usadas são 'TS-trabalhador da saúde', seguidas de números, tendo o resgate das falas ocorrido a partir da gravação dos encontros, conforme previa o estudo.

Com a exposição dos fatos históricos e apontamentos feitos pelo gestor convidado, surgiram importantes reflexões da equipe, que espontaneamente trouxe para a discussão o cotidiano no serviço, como, por exemplo, o fato de estar ocorrendo uma seleção municipal para compor as equipes mínimas na gerência distrital onde se localiza a ESF do estudo. Alguns trabalhadores da equipe inscreveram-se nas cotas, cerca de 30% da equipe, fato que gerou posicionamentos distintos. Uma das participantes verbalizou “[...] nós negros nos inscrevemos nas cotas e sinto que sofremos pressão aqui” (TS1), no que outra trabalhadora completou:

Eu li um pouco e eu pensei assim: é como se fosse uma dívida com o negro, só que a gente não tem noção do que o negro passou e o que reflete hoje na população então a gente pensa assim: não, mas tem branco que sofre a mesma coisa. Mas é uma dívida e é a consciência do que ele (o negro) passou e o que hoje ele ainda sofre com isso. Então

o que se faz: entra com as cotas, que é uma reparação daquilo, daquela injustiça que foi cometida. (TS2).

A fala dessa trabalhadora traz argumentos fortes, que consideram a historicidade das práticas de exclusão, as quais devem ser reparadas por ações do Estado via políticas afirmativas. Conforme Guimarães:

A luta contra o preconceito de cor transforma-se, nos dias atuais, em luta por ações afirmativas que garantam maior igualdade de oportunidade de vida para a população negra (GUIMARÃES, 2008, p.113).

Contudo, houve falas discordantes, como, por exemplo: – “E os brancos, ficam onde? (TS3); não é justo, se uma mãe tem um filho negro e outro branco. Só um deles vai ter direito à cota?” (TS3) e outro trabalhador verbalizou: – “Mas temos que atender todos do mesmo jeito, igual. A PNH [Política Nacional de Humanização] já fala de igualdade. Diferenciar pela cor da pele não aumenta o preconceito?” (TS4). Essas falas apresentam a ideia que, ao se considerar especificidades de determinada população, no caso a população negra, poder-se-ia prejudicar outras parcelas da população (os brancos?). Sobre esta concepção Grin defende

[...] a opinião pública reconhece o racismo, mas acredita na miscigenação como evidência do não racismo; [...]; vitimiza o pobre, mas não lhe confere cor; reconhece a perversidade da escravidão, mas não se sente individualmente responsável por qualquer reparação histórica; apoia ações afirmativas, mas repudia o sistema de cotas raciais (GRIN, 2010, p.89).

Nesse ponto, surge uma questão central relativa ao fato de saber-se que a estratificação social no Brasil tem relação direta com o racismo em razão dos fatos históricos já apontados. Porém, o que determina exclusão e preconceito, muitas vezes, é a cor da pele, o que não está necessariamente vinculado às condições

econômicas desfavoráveis, posto que o critério etnia serve como elemento determinante nos processos de exclusão e estratificação social no Brasil (PAIXÃO, 2003). Questões como os resquícios de um processo de abolição da escravatura, que negou os mínimos direitos econômicos e sociais aos descendentes dos antigos escravos e manteve o regime de propriedade concentrado nas mãos de uma minoria, contribuem para essa realidade excludente (PAIXÃO, 2003). Sendo assim, concorda-se com Grin (2010) quando este afirma que a exclusão social tem no racismo o seu componente mais perverso, pela desigualdade social nele presente.

Em determinados momentos, como na segunda reunião realizada, surgiu novamente a questão da ‘diferenciação’ pela cor como possível causadora de prejuízo à população:

A Política (de saúde) da População Negra tem que se inserir na de Humanização (...). Não tem só negro na população periférica. É a carência de suprir a saúde dos mais necessitados (TS4).

Não obstante, outra trabalhadora afirmou ter dificuldades para identificar especificidades étnicas, que acredita não se aplicarem aos ciclos de vida, posto que, em sua opinião, são evidentes as particularidades dos ciclos de vida, pois “a cor é natural” e não deve ser diferenciada:

É mais natural a cor do que um idoso, por exemplo. Vou atender um idoso branco ou um preto da mesma forma. Agora, um idoso tem especificidade diferente de um adolescente (TS5).

Em outra fala, a trabalhadora discordou: – “As políticas se agregam [PNH e PSIPN]. Mas se tu vai pensar só pela ótica da humanização tu esqueces da especificidade” (TS6). A mesma trabalhadora completou: – “Tem que ter um olhar focado na cor, em função de ocupar os piores indicadores sociais, e a gente tá vendo, há diferenças em agravos, doenças” (TS6). Ela referia-se aos indicadores que constam do Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre

2010-2013, apresentado à equipe durante a pesquisa e que revelavam, por exemplo, que, em 2009, os dados de notificação de casos de AIDS apresentavam risco de 1,0/100.000 para a população branca e de 2,5 para população negra, com incidência de 70,6/100.000 para brancos e 175,8 para negros; em relação às gestantes com infecção para o HIV, o risco para as mulheres negras é 2,5 vezes o das mulheres brancas; os homens negros e jovens têm o risco em dobro para mortalidade por homicídio, seguindo a média nacional de outros indicadores.

Na última reunião com a equipe, debateu-se sobre como uma política poderia ser implantada, ou seja, quais elementos e ações seriam necessários para implementar a Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra, para o qual surgiram diversas sugestões. Uma delas foi a de inserir o quesito cor nas fichas dos programas – Hipertensão e Pré-natal, inicialmente – a fim de melhor se orientar e constituir um banco de dados mais completo para pesquisas futuras.

A equipe manifestou também a necessidade de debater o assunto etnia com a comunidade, levando a Política ao conhecimento da população, o que demonstrou entendimento da relevância do tema em virtude das especificidades do território. Sugeriu-se, ainda, falar sobre a coleta do quesito raça/cor para a população, usando as reuniões do Conselho Local de Saúde. Todavia, salientaram-se as dificuldades atuais de articulação com a comunidade, que passa por um momento de enfraquecimento da participação no controle social na política de saúde, com poucas lideranças atuantes e participação muito pequena da comunidade: – “*Seria bom contar com o controle social, com o conselho local de saúde, né? Pra gente chamar a comunidade, fazer uma reunião, mas tá difícil*” (TS3).

A necessidade de debater coletivamente o tema etnia envolvendo o maior número de pessoas possível ampara-se na ideia de que esse conceito envolve não somente a cor da pele como também cultura, i.e., aspectos como religião, língua, costumes e modos de vida. Autores, como Marilena Chauí (1986), defendem que cultura não é algo estanque, o que torna indispensáveis os momentos de troca de saberes e construção coletiva já que

Ora, seres e objetos culturais nunca são dados, são postos por práticas sociais e históricas determinadas, por formas da sociabilidade, da relação intersubjetiva, grupal, de classe, da relação com o visível e o invisível, com o tempo e o espaço, com o possível e o impossível, com o necessário e o contingente. Para que algo seja isto ou aquilo é preciso que seja assim posto ou constituído pelas práticas sociais (CHAUÍ, 1986, p.122).

Outro resultado foram as manifestações dos trabalhadores acerca da coleta do quesito raça/cor segundo o que estabelece o IBGE, embora incentivar a autodeclaração corretamente é responsabilidade do trabalhador da saúde, que deve procurar esclarecer as dúvidas. Sobre as dificuldades que surgem nesse momento foi dito: – “*Mas vamos falar como? E se as pessoas se ofenderem? Sei lá, podem achar ruim perguntar assim, a cor*” (TS7). E outro verbalizou: – “*Mas a gente tem que explicar, dizer os quesitos: citar que moreno não entra e tal...*” (TS7), referindo-se à abordagem no momento de coletar a informação. Continuando o debate, alguns trabalhadores sugeriram a atualização de informações dos prontuários, onde não consta o quesito raça/cor: – “*As fichas [das famílias] antigas não têm informação sobre etnia. A gente poderia atualizar os prontuários, começando sei lá, pelo bloco um ou o treze*” (TS4). Outro trabalhador concorda: – “*Pode ser. Vamos fazer isso com todos de um bloco que forem atendidos, depois a gente vê como foi*” (TS6) – Importante esclarecer que o território da ESF da qual trata a pesquisa tem seu território dividido em treze blocos e que a escolha da equipe pelo bloco um foi aleatória.

Estabeleceu-se, então, que a coleta do quesito raça/cor seria realizada com as pessoas atendidas do bloco um, com as quais sealaria a respeito da questão étnica, explicando os quesitos do IBGE e suas justificativas para coletar a informação. Surgiu, assim, um projeto piloto de implementação da Política a partir da atualização dos dados dos prontuários, das conversas individuais durante as consultas e nas salas de espera, e combinou-se que a avaliação desse processo realizaria-se em dois meses, em reunião de equipe, dentro do tempo reservado para educação permanente.

A avaliação do projeto piloto foi retomada em outros momentos, durante as reuniões da equipe. Relatou-se que houve maior incidência de conversas a respeito do tema no momento do acolhimento. Durante as consultas, conversou-se, por vezes, com a população, mas a equipe considerou pouco o tempo que se dispunha na consulta para que se pudesse refletir sobre o tema etnia e abordar demandas de saúde. Atualmente, os integrantes da equipe têm conversado com a população a respeito do tema durante os atendimentos, realizando-se a coleta do dado a partir da autodeclaração. Ainda não é uma prática frequente, mas o tema etnia tem sido abordado, o que representa um avanço.

Comentários

A discussão acerca da temática etnia ganhou força nas últimas décadas no Brasil, guardando estreita relação com ações adotadas pelo governo federal nos anos 2000. Uma importante conquista foi a criação, em 2003, da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, cuja finalidade é atuar na formulação, coordenação e articulação de políticas e diretrizes de diferentes ministérios, dentre os quais o da saúde, e outros órgãos do governo brasileiro para a promoção da igualdade racial.

Quanto à pesquisa realizada, pondera-se que os resultados mais importantes foram coletados nas discussões mantidas com a equipe e nas possibilidades de mudança de concepção, além das conversas realizadas com a população, ainda que de forma pontual.

Outro resultado importante foi a demonstração de interesse sobre o tema por parte de alguns trabalhadores, que se sentiram motivados a dar continuidade às discussões com a equipe. Esses trabalhadores têm participado de eventos que tratam do assunto etnia e

propõem-se a dar continuidade a ações tais como conversas com os usuários que aguardam pelo atendimento – agendado ou não – do dia, a fim de prestar informações e esclarecer dúvidas.

A pesquisa cumpriu seus objetivos, criando uma abertura para o diálogo e para o conhecimento da PSIPN, mesmo que ainda esbarre em limitadores. Iniciar o processo de implementação de ações que contemplem a Política por meio da discussão com os trabalhadores dos serviços é uma estratégia potente para que se pactuem as mudanças necessárias à qualificação do atendimento. A partir da compreensão da equipe sobre a importância do recorte racial, possibilitou-se criar as condições para identificar as reais necessidades da população segundo suas especificidades. Assim, essas informações poderão ser empregadas como critério de planejamento e definição de prioridades. Essa é também uma forma de combate ao racismo institucional, e marca da PSIPN – política direcionada à sociedade em geral –, posto que qualquer sujeito pode praticar o racismo, independentemente de sua etnia e que

Qualquer discriminação é imoral e lutar contra ela é um dever por mais que se reconheça a força dos condicionamentos a enfrentar. A boniteza de ser gente se acha, entre outras coisas, nessa possibilidade e nesse dever de brigar (FREIRE, 1996, p.61).

Logo, a luta contra a discriminação racial é dever dos cidadãos, e a efetivação da Política de Atenção Integral à saúde da População Negra é uma tarefa a ser executada por todos os trabalhadores inseridos no SUS, de forma a que se contribua para a supressão do preconceito e do racismo institucional nos serviços de saúde. ■

Referências

ABREU, N.P. (Org.). *Constituição Federal*: promulgada em 05 de outubro de 1988. 2. ed. Porto Alegre: Verbo Judiciário, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da Comissão Nacional*

sobre Determinantes Sociais da Saúde. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral*

da População Negra. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2012.

CHAUI, M. *Conformismo e Resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986.

FERNANDES, F. *A integração do negro na sociedade de classes*. 5. ed. São Paulo: Globo, 2008.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GRIN, M. *Raça: debate público no Brasil (1997-2007)*. Rio de Janeiro: Mauad X: FAPERJ, 2010.

GUIMARÃES, A.S.A. *Preconceito racial: modos, temas e tempos*. São Paulo: Cortez, 2008.

HAGUETTE, T.M.F. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA) [internet]. *Comunicados do Ipea n.º 91 - Dinâmica Demográfica da População Negra Brasileira*, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110512_comunicadoipea91.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2012.

JACCOUD, L. O debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In: THEODORO, M. (Org.). *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição*. Brasília: IPEA, 2008.

KERKHOFF, C.; FOLA, N. Conversa Afiada: Estratégia de Saúde da Família e Comunidade Terreira de Ilê Asé Iyemonjá Omi Olodô. In: PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. *Olhares sobre a equidade em saúde*. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

MINAYO, M.C.S. et al. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

PAIXÃO, M.J.P. *Desenvolvimento humano e relações raciais*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de saúde 2010 -2013*. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms.pdf>. Acesso em 13 out. 2011.

RODRIGUES, S.D.P. Participação no primeiro encontro com trabalhadores da unidade de saúde para a realização da presente pesquisa. *Material de áudio e vídeo* (DVD) gravado em POA em 10.05.2012.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1988.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

THEODORO, M. (Org.). *As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição*. Brasília: IPEA, 2008.

Recebido para publicação em julho de 2013

Versão final em dezembro de 2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

A experiência de uma família que vivencia a condição crônica por anemia falciforme em dois adolescentes

The experience of a family undergoing chronic condition for sickle cell disease in their two teens

Margani Cadore Weis¹, Mariana Roberta C. Barbosa², Rosenev Bellato³, Laura Filomena S. de Araújo⁴, Alessandra Hoelscher Silva⁵

¹Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá (MT).
margani_ufmt@yahoo.com.br

²Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá (MT).
marianac.barbosa@yahoo.com.br

³Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá (MT).
rosenevbellato@gmail.com

⁴Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil; Professora da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá (MT).
laurafil1@yahoo.com.br

⁵Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá (MT).
ale.hoelscher@yahoo.com.br

RESUMO: Estudo sobre a experiência de uma família que vivencia a condição crônica por anemia falciforme e que, ao tentar utilizar o SUS, necessitou, em algumas situações, acionar uma instância mediadora formal para garantir seu direito à saúde. O objetivo deste estudo foi compreender como os serviços de saúde têm participado do cuidado a pessoas com anemia falciforme e suas famílias. Estudo qualitativo com coleta de dados realizada por meio de História de Vida Focal e operacionalizada por entrevista em profundidade. Evidenciou-se que, mesmo existindo Políticas e Programas de atenção à saúde, cabe também aos profissionais se comprometerem para garantir o direito à saúde dessas pessoas.

PALAVRAS-CHAVE: Anemia falciforme; Doença crônica; Padrão de cuidado.

ABSTRACT: *This study involves a family experiencing the chronic condition for sickle cell anemia of their two teens that needed to require, in some situations, a formal mediation to ensure their right to health when trying to use SUS' services. The objective of this study was to understand how health services have participated in the care of people with sickle cell anemia and their families. It is a qualitative study with data seizure by means of Focal Life Story and operationalized by in-depth interview. It became evidenced that, even when health care policies and programs are in force, professionals must also commit themselves to ensure those people the right to health.*

KEYWORDS: *Sickle cell anemia; Chronic disease; Standard of care.*

Introdução

Este estudo aborda a vivência de uma família com o adoecimento e o cuidado de dois adolescentes com anemia falciforme. O interesse por esse objeto de estudo – pessoas que vivenciam o adoecimento e cuidado por anemia falciforme – deve-se ao fato que, por ser uma condição crônica, conforme define a Organização Mundial da Saúde (2003), que compromete a vida de modo intenso desde tenra idade, traz inúmeras consequências também para a família da pessoa adoecida.

Trata-se da doença hereditária monogênica mais comum no Brasil, ocorrendo, predominantemente, entre afrodescendentes (CANÇADO; JESUS, 2007). Nas pessoas com o agravo, as hemácias adquirem forma de foice e, devido a essa configuração, não circulam adequadamente, causando a obstrução do fluxo sanguíneo capilar e também sua própria destruição precoce. Desse modo, os sinais clínicos observados são decorrentes dessa forma ‘afoiçada’ das hemácias, e as complicações clínicas fazem parte diretamente da sua evolução, atingindo a maior parte dos órgãos e aparelhos (BRASIL, 2009). Dentre essas complicações, algumas não reduzem a expectativa de vida da pessoa, mas comprometem consideravelmente a sua qualidade (ZAGO; PINTO, 2007).

A condição crônica pode ser vista por duas perspectivas: uma que envolve o sistema de saúde, sua organização e disponibilização de seus recursos, sendo denominada perspectiva macro; e a perspectiva micro, que considera o cotidiano das famílias ao gerenciar o cuidado necessário à pessoa adoecida (BELLATO *et al.*, 2011b). Nesta dimensão, a condição crônica refere-se a uma experiência de vida que envolve problemas de saúde, requerendo gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas (OMS, 2003).

Segundo Silva *et al.* (2002), a doença de uma pessoa também é doença de sua família, pois os laços de afetividade presentes na estrutura familiar são responsáveis pelo envolvimento de todos os seus entes no enfrentamento da doença. Assim, concordando com Bellato *et al.* (2011), considera-se que as pessoas e suas famílias desenvolvem seu próprio cuidado com criatividade e grande potencial cuidativo, mesmo na ausência de profissionais de saúde. Mas, para aumentar-lhes

esse potencial, o que essas pessoas necessitam, mais do que “treinamento” para fazer o que já fazem, o que as pessoas têm carência é de práticas efetivas por parte dos profissionais, apoiando-as em seu próprio cuidado (BELLATO *et al.*, 2011a).

Diante da condição crônica por anemia falciforme, a importância do estudo permeia a possibilidade de contribuir para a visualização e compreensão de problemas atuais do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito à atenção às pessoas e famílias que vivenciam essa condição, comumente apontada como uma questão de saúde pública brasileira, em virtude de sua prevalência e morbimortalidade. O objetivo é compreender, a partir da experiência de uma família que vivencia a condição crônica por anemia falciforme de dois adolescentes, o modo como os serviços e profissionais de saúde têm participado do cuidado a essas pessoas.

Metodologia

Estudo de caso com abordagem qualitativa (MINAYO, 2010) sobre uma família que vivencia uma condição crônica por anemia falciforme em dois adolescentes.

A busca pelo participante do estudo atendeu aos seguintes critérios de seleção: ser a criança/adolescente usuária do SUS; e ter a família, em algum momento da busca pelo cuidado, acionado uma instância jurídica ou de participação social do SUS para requerer, formalmente, a efetivação do direito à saúde há, no mínimo, um ano, de modo a compreender como essa instância afetou a experiência da família.

A aproximação com a família se deu por meio de uma associação de portadores de anemia falciforme, onde foi indicada uma família composta de três pessoas vivenciando tal agravo – o pai e os dois filhos –, e sendo a mãe portadora do traço falciforme. No primeiro encontro, os pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cientes da garantia do anonimato da família, dos profissionais e instituições.

A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro a maio de 2011, utilizando como estratégia metodológica a História de Vida Focal, que possibilita a descoberta, exploração e avaliação de como as pessoas

compreendem seu passado, unindo sua experiência individual a seu contexto social, interpretando e dando significado às suas experiências (BELLATO *et al.*, 2008). Para isso, utilizou-se a entrevista em profundidade do tipo aberta, a partir de uma questão norteadora inicial: “Conte-nos o que vocês vivenciam e como vivenciaram os acontecimentos que surgiram na vida da família desde o início do adoecimento dos filhos”. Indagações subsequentes foram realizadas de maneira a aprofundar e explorar a experiência do adoecimento e cuidado. Além disso, utilizou-se a observação de campo e elaborou-se o diário de campo.

Após leitura dos dados, elegeram-se unidades de significados e, a partir destas, constituiu-se o eixo de análise “Trajetória de busca por cuidado: sobrecarga do cuidado familiar” e elaborou-se o desenho da “Trajetória empreendida pela família na busca pelo cuidado”, abrangendo o período de 1993 a 2011 dessa busca.

O desenho da trajetória é uma das ferramentas do Itinerário Terapêutico e permite visualizar as redes de sustentação e apoio tecidas pela família que possam lhes dar certo suporte na experiência de adoecimento, bem como explorar as buscas por cuidado nos diferentes sistemas de cuidado (ARAÚJO; BELLATO, 2011).

Propõe-se, por meio do desenho da trajetória, compreender o modo como tem sido realizada a busca e o gerenciamento do cuidado, dando destaque à rede formal de apoio a família da qual fez parte, também, a Ouvidoria do Estado de Mato Grosso, acionada para a garantia do direito à saúde dos adolescentes. O desenho da trajetória foi subdividido em três fases, conforme temporalidade marcada pelos pais dos adolescentes, e as setas enumeradas representam os movimentos de busca por cuidado de maneira sequencial nessas três fases da trajetória.

O estudo respeitou as prerrogativas éticas em pesquisa com seres humanos, conforme Resolução 196/CNS/1996. É um estudo vinculado à Pesquisa Matricial “As instituições de saúde e do poder judiciário como mediadores na efetivação do direito à saúde: análise de itinerários terapêuticos de pessoas/famílias no SUS/MT”, sob a responsabilidade do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania (GPESC) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (FAEN/UFMT). O projeto matricial ao qual este estudo se vincula

foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo 671/CEP-HUJM/09.

Resultados e discussão

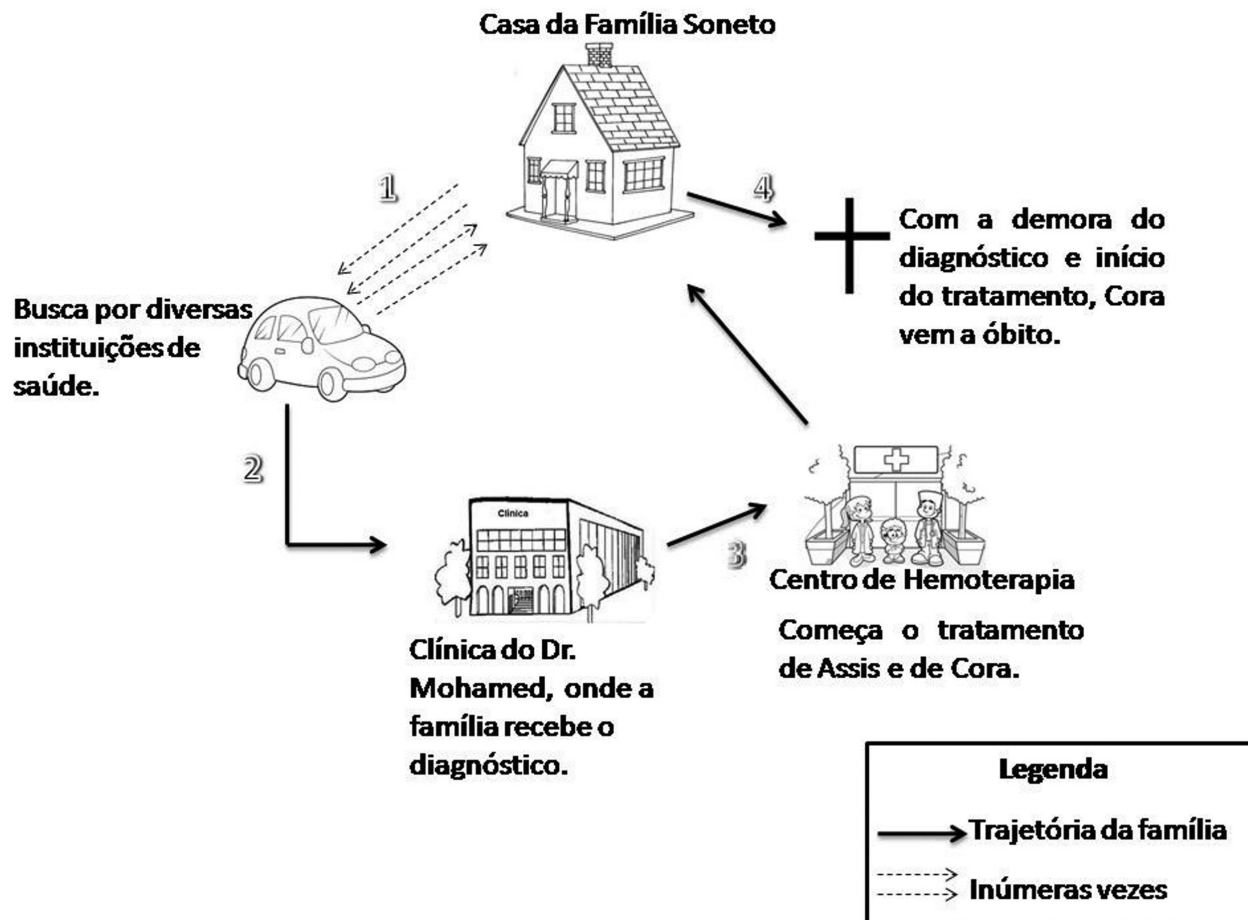
As narrativas obtidas nos encontros compuseram o desenho da trajetória de busca por cuidado para os dois adolescentes, nas diversas fases de seus processos de adoecimento individual. Desse modo, elas foram agrupadas e compuseram a categoria que recebeu a definição “Trajetória de busca por cuidado: a sobrecarga no cuidado familiar”. A família do estudo foi nomeada como “Família Soneto” e o núcleo de análise centra-se nos pais – Assis, 40 anos, com Anemia Falciforme e Clarice, 34 anos, portadora do traço falciforme – e nas duas crianças – Olavo, 14 anos e Cecília, 13 anos, ambos com Anemia Falciforme. A busca pelo cuidado iniciou-se após o nascimento da primogênita, Cora; a Figura 1 mostra a primeira fase da experiência de adoecimento e cuidado vivenciada pela família Soneto.

Aos seis meses de idade, Cora começou a apresentar febre, choro constante e inchaço nas articulações. Os pais procuraram vários serviços de saúde sem obter respostas conclusivas sobre a doença da filha, apenas maneiras de controlar a dor que a criança sentia (Figura 1, seta 1).

À época, 1994, não havia programas de saúde que estabelecessem um protocolo de atendimento a pessoas com doença falciforme. Apenas em 1996, o Ministério da Saúde, visando à necessidade de melhorar o atendimento, criou o Programa de Anemia Falciforme (PAF), que dispõe, dentre outros, sobre o diagnóstico precoce, a prevenção das complicações da doença, a detecção dos portadores de traços falciformes e as ações educativas aos profissionais de saúde e à população (BRASIL, 1996).

Salienta-se que o bom atendimento às pessoas acometidas por essa condição é dependente, também, do conhecimento dos profissionais para que saibam reconhecer e buscar recursos que facilitem o diagnóstico. Os pais repetiram várias vezes que há falta de preparo dos profissionais de saúde para reconhecer os sinais e sintomas da anemia falciforme, prorrogando, dessa forma, o diagnóstico de seus filhos. Somente após várias crises e internações, a família encontrou o Dr.

Figura 1. A descoberta da anemia falciforme



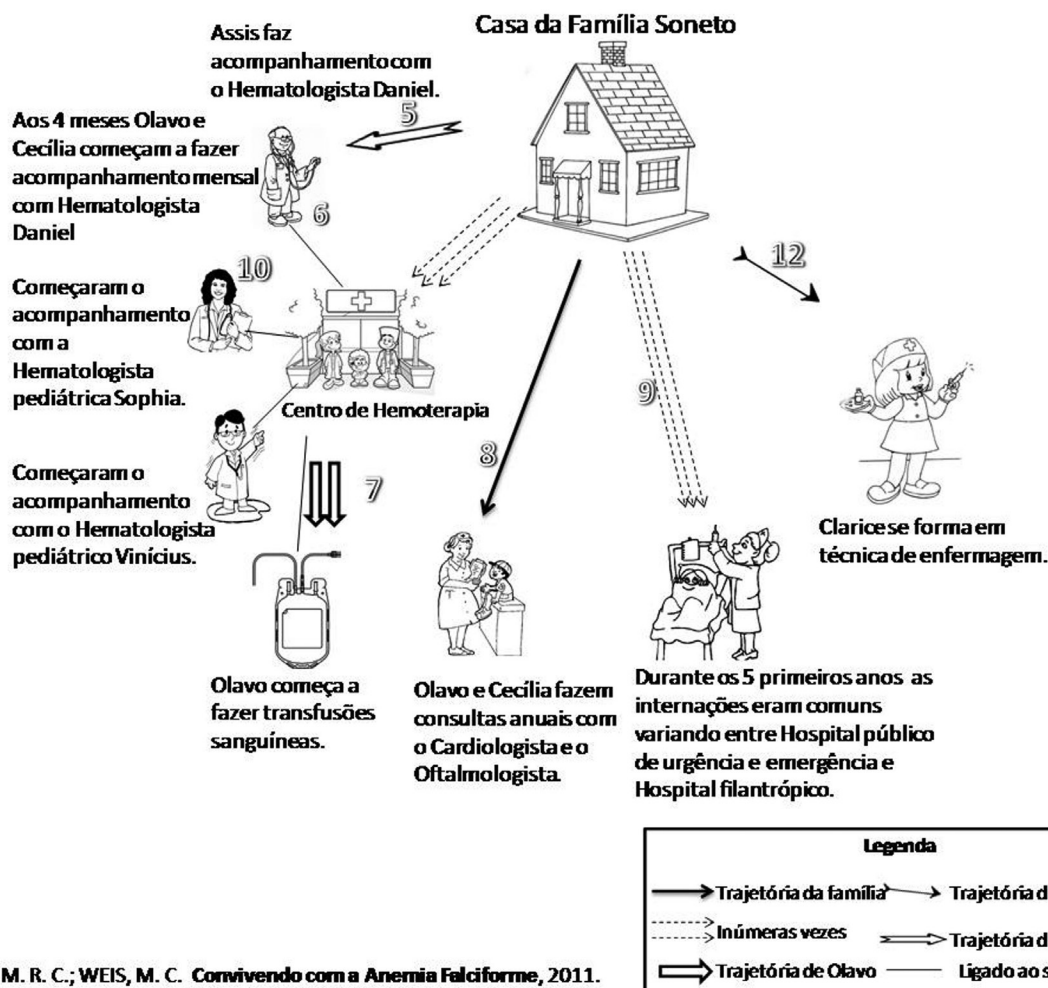
Mohamed, médico pediatra em um dos hospitais em que procuraram atendimento e que conseguiu diagnosticar o agravo (Figura 1, seta 2): “Esse médico foi o doutor Mohamed. Falou comigo, e foi, e olhou ela. Quando ele avaliou, ele foi e pediu uma junta médica (...) Aí, ele foi e pediu um exame (...) E aí comprovou que ela tinha anemia falciforme” (Clarice).

A família, então, foi referenciada a um centro de hematologia estadual, onde Cora e seu pai iniciaram o acompanhamento (Figura 1, seta 3). Assis não sabia que tinha anemia falciforme, pois, quando jovem, havia recebido o diagnóstico de reumatismo em decorrência

das dores que sentia e, portanto, fazia tratamento para essa patologia. Já para Cora, embora com acompanhamento, a demora no diagnóstico contribuiu para instauração de complicações irreversíveis que levaram ao seu óbito com um ano e quatro meses de idade (Figura 1, seta 4): “Começou a ter parada cardíaca, ela teve duas vezes (...) Ela passou mal, na terceira vez ela foi a óbito, que a gente nem conseguiu chegar com ela até o hospital. Então nós perdemos ela.” (Clarice).

Após dois anos da morte de Cora, os pais planejaram uma nova gestação; foi então que nasceu Olavo, hoje com 14 anos de idade. Menos de um ano depois

Figura 2. Convivendo com a anemia falciforme



nasceu Cecília, sendo que essa gestação não foi planejada pelo casal.

Destaca-se que, somente em 2001, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) para que todos os recém-nascidos tenham a garantia de confirmação diagnóstica precoce, acompanhamento especializado por equipe multidisciplinar em serviços de referência em triagem neonatal e tratamento adequado à doença, conforme o fornecimento dos insumos terapêuticos necessários (BRASIL, 2011).

A Figura 2 explora a segunda fase da experiência de adoecimento e cuidado da família Soneto, quando

se iniciou uma série de rearranjos no seu cotidiano para conviver com a condição crônica dos filhos e tentar prestar um cuidado que pudesse suprir as necessidades que eles apresentavam. Segundo Nascimento et al. (2005), ao se fazer presente na infância, a condição crônica acarreta demasiadas dificuldades, entre elas: hospitalizações por longos períodos, diversas internações, separação dos membros da família, atividades diárias interrompidas, compreensão limitada do diagnóstico, dificuldade financeira, dor, ansiedade, aflição e medo da possível morte.

As duas crianças receberam o diagnóstico de anemia falciforme assim que completaram quatro meses

de idade, quando começaram a apresentar os primeiros prováveis sintomas: “Aí as crianças nasceram e tudo mais, eles tiveram a síndrome pé e mão, né, que começou a inchar as articulações dele” (Assis). A síndrome mão-pé (dactilite) se inicia com necrose da medula óssea das porções distais dos membros e é acompanhada de evidentes sinais inflamatórios, com edema e calor (ZAGO; PINTO, 2007).

A família procurou por ajuda profissional no centro especializado onde o pai realizava acompanhamento, já que agora conheciam acerca do agravo (Figura 2, setas 5 e 6). Olavo começou a ter acompanhamento mensal com necessidade de transfusões sanguíneas frequentes (Figura 2, seta 7) e Cecília, ao completar quatro meses, também iniciou o acompanhamento no mesmo centro, porém, sem a necessidade de transfusões. Com três anos de idade começaram a fazer consultas ambulatoriais anuais com cardiologista e oftalmologista (Figura 2, seta 8).

Durante os primeiros cinco anos, mesmo tendo o acompanhamento do hematologista Daniel no centro especializado, Olavo apresentou recorrentes complicações que acarretam inúmeras internações em diferentes hospitais públicos da cidade de Cuiabá (Figura 2, seta 9): “Olavo, na época, até ele completar os cinco aninhos, a gente era quase visita em casa e morava mais no hospital (...). Ele tinha muitos quadros de pneumonia, era bronquite alérgica” (Clarice). O período com maior ocorrência de óbitos e complicações graves decorrentes da anemia falciforme estende-se até o quinto ano de vida, sendo que os cuidados profiláticos representam a essência do tratamento, do mesmo modo que, diante da ocorrência de um evento agudo, é a abordagem clínica e o modo como esses cuidados são ofertados que irão determinar o melhor ou pior prognóstico (BRASIL, 2009b).

Em 2002, iniciaram o tratamento com a hematologista e pediatra Sophia para receberem um acompanhamento mais específico (Figura 2, seta 10). Porém, segundo a família, essa médica não atendeu às necessidades das crianças, levando-os a procurar outro profissional, Dr. Vinícius, que os acompanha mensalmente desde essa data (Figura 2, seta 11): “A gente ia atrás e ela começou a mentir (...) E foi até que um dia o meu cunhado ligou pra ela e perguntou (...) se ela não ia. Aí ela falou

que ela não ia porque ela não recebia pelo SUS pra tá no Pronto Socorro” (Clarice).

Conforme Cecílio (2011, p. 591):

A dimensão profissional do cuidado é aquela que se dá no encontro entre profissionais e os usuários e nucleia o território da micropolítica em saúde [...] Essa dimensão é regida por três elementos principais, que lhe conferem sua maior ou menor capacidade de produzir o bom cuidado: a) a competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico, ou seja, a capacidade que tem, por sua experiência e formação, de dar respostas para o (s) problema (s) vivido (s) pelo usuário; b) a postura ética do profissional, em particular, o modo com que se dispõe a mobilizar tudo o que sabe e tudo o que pode fazer, em suas condições reais de trabalho, para atender, da melhor forma possível, tais necessidades; c) não menos importante, a sua capacidade de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados.

Além de todos os desarranjos estruturais que a família sofria, por vezes ainda se via frente a profissionais que não estavam dispostos a produzir o bom cuidado ou, até mesmo, algum cuidado, a despeito de saberem que essa postura acarretava uma série de transtornos e sobrecarga aos cuidadores.

Cecília e Olavo precisaram de outros cuidados em razão das constantes internações pelas complicações mais frequentes nessa fase. Esse apoio foi ofertado pela família ampliada de Assis e Clarice, envolvendo as três gerações, de modo a tentar suprir as necessidades apresentadas. Além dos pais, os avós maternos, Oswald e Tarsila, e a tia materna, Lygia, passaram a participar do cuidado sempre que necessário. Para Nóbrega et al. (2010, p.430): “A condição crônica na infância afeta as relações familiares, transformando-se numa doença de família. A necessidade de cuidados permanentes e as internações hospitalares atingem pais, filhos, irmãos”.

Teve dia da minha irmã deixá filho, deixá família. (...) Ela deixô com a minha mãe, deixou

tudo e veio ficar comigo. (...) E, assim, graças a Deus, a gente também tem uma família bem compreensiva, né. Amor. Que a gente encontrava muito apoio. Eles ajudavam a gente bastante (Clarice).

Pudemos evidenciar que o cuidado familiar foi mais intensamente assumido pelas mulheres da família materna, ainda não residindo no mesmo município. Alguns estudos mostram que a maioria dos cuidadores é do sexo feminino e que, em situações de enfermidade, está sócio e culturalmente determinado que a mulher, sendo a provedora do cuidado, deve assumir o papel de cuidadora principal. Isso está ideologicamente determinado, constituindo uma condição moral (NEVES; CABRAL, 2008; AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011).

Percebe-se que, embora os dois adolescentes apresentem uma mesma enfermidade genética, as manifestações clínicas são bastante diferenciadas, acarretando, conseqüentemente, diferentes necessidades de cuidado. Assim, o cuidado dispensado a Olavo e Cecília é produzido e buscado de forma distinta pela família, para um e para outro: *“Eu tenho duas crianças em casa com o MESMO [ênfase] problema de saúde, mas que manifesta de uma forma totalmente uma diferente da outra” (Clarice).*

Os indivíduos manifestam ampla diversidade de manifestações clínicas, mesmo apresentando a mesma doença genética, pois ela pode seguir cursos clínicos extremamente variáveis. Enquanto uns apresentam complicações graves, outros são pouco sintomáticos ou praticamente assintomáticos. As complicações surgem subitamente, variando em gravidade entre populações, entre sujeitos de uma mesma população e na mesma pessoa em diferentes fases da vida (CANÇADO, 2007).

Para a família Soneto, tais complicações exigiram reorganização constante do cuidado para um e outro filho, e a principal responsável por isso foi Clarice, pois, além de desempenhar seu papel de mãe, esteve presente, juntamente com o pai, em todos os momentos de busca e gerenciamento desse cuidado. Procurando aprimorar e ampliar o cuidado oferecido aos seus filhos, Clarice se profissionalizou no curso de Técnico de Enfermagem em 2004, mas não se inseriu no mercado de trabalho,

pois o objetivo de sua formação foi exclusivamente o cuidado de seus filhos (Figura 2, seta 12):

Uma coisa que pode ser evitada e não é porque você não encontra profissional pra tá ali presente. E, aí foi aonde eu resolvi fazer esse curso, não com a intenção de sair pro campo pra trabalhar, mas pra mim poder cuidar melhor dos meus filhos em casa (Clarice).

Segundo Almeida et al. (2006), a sobrecarga do cuidado recai na mãe, principal cuidadora da criança com um problema crônico de saúde, fazendo com que ela passe a criar estratégias para lidar com os novos contextos e exigências de cuidado. Isso pode representar um estímulo para que a mãe se sinta mais capaz e aberta à aprendizagem.

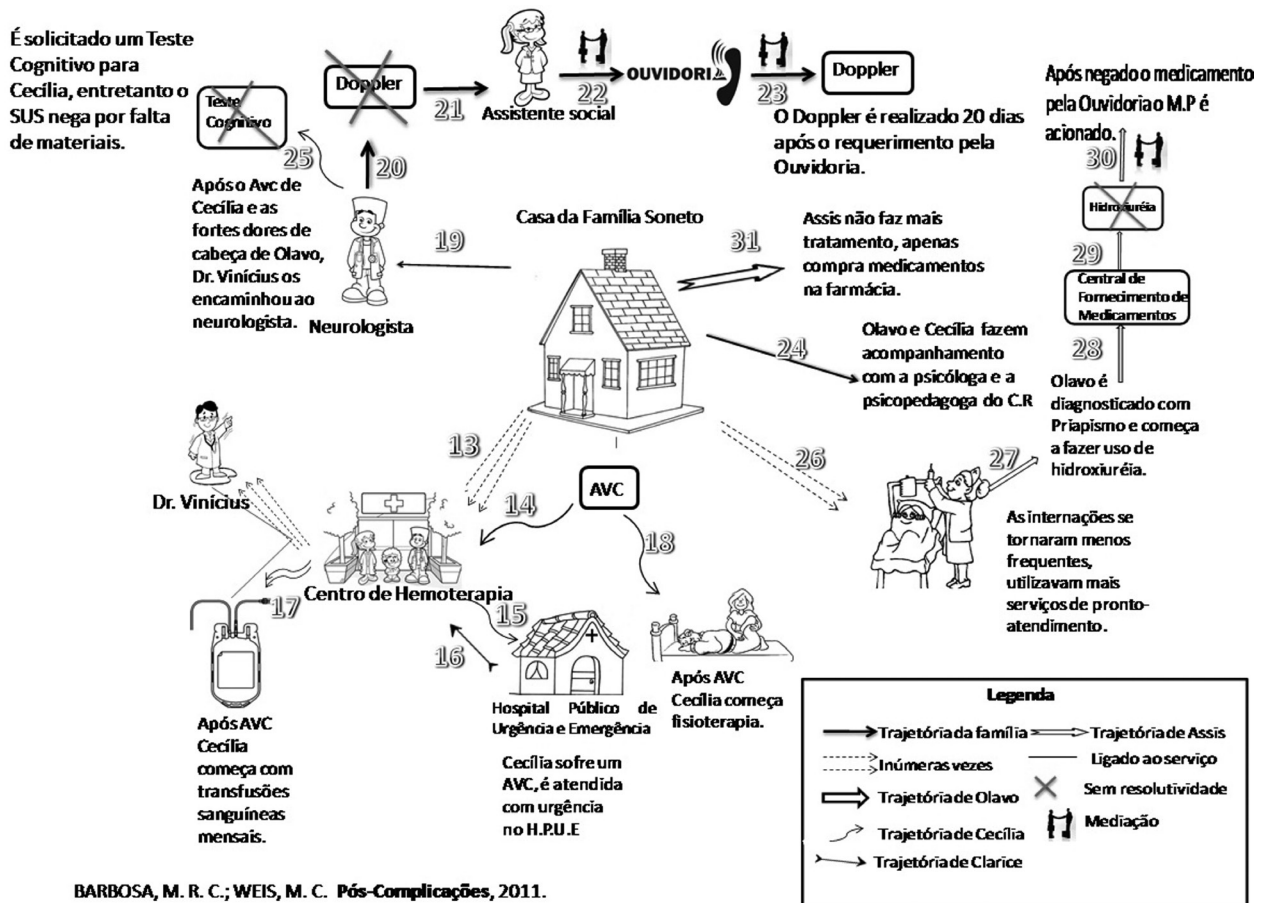
Clarice entende que a sua formação como técnica de enfermagem a auxiliou, também, nas buscas por cuidado junto aos serviços e profissionais, inclusive suprindo seu conhecimento em relação à anemia falciforme, por ter ela própria esse conhecimento, tanto teórico quanto decorrente de sua vivência com os filhos.

Você tá na busca de informações o tempo todo, pra que quando você chegar numa unidade e dependendo do profissional (...) não tem informação, você sabe como correr, você sabe como cobrar, quem você exigir, como você buscar apoio (Clarice).

A mãe cita que, em diversas internações dos seus filhos, os profissionais não lhes prestaram assistência de forma eficaz, despertando a vontade de melhorar o que as crianças recebiam e, ao mesmo tempo, diminuindo a necessidade de internações para controle da dor.

Então, assim, aí acontecia muito, assim, anoi-tecia e o pessoal ia dormir, aí perdia o soro. A gente não sabia o que fazer, procurava as meninas [refere-se a enfermeiras e técnicas de enfermagem] e não encontrava. Aí ele inchava e ficava, sabe? E a gente, você como mãe, fica até louca no corredor do hospital, procurando

Figura 3. Período pós-complicações da anemia falciforme



BARBOSA, M. R. C.; WEIS, M. C. Pós-Complicações, 2011.

alguém pra te ajudar e você não encontra (Clarice).

Grande parte dos profissionais de saúde não está preparada para o atendimento à pessoa com Anemia Falciforme como o recomendado, faltando conhecimento para enfrentar tal situação (RODRIGUES; ARAUJO; MELO, 2010).

Todo cidadão tem direito a um atendimento que alcance suas necessidades de saúde, e isso é assegurado pela Constituição Federal, segundo o artigo 198, inciso II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988). Segundo Mattos (2004), defender a integralidade nas práticas significa que a

oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro. A equipe que atende deve ser capaz de identificar a doença que causa o sofrimento manifesto, mas não deve reduzir a pessoa à doença que lhe provoca tal sofrimento. Portanto, se as práticas profissionais se mostrarem mais resolutivas frente às necessidades de saúde das pessoas, a família terá mais apoio no cuidado de seu membro adoecido, sem precisar se profissionalizar.

Após sua profissionalização, Clarice se sentiu mais segura e assumiu, inclusive, a administração de algumas terapêuticas, tanto em momentos de crise como nos finais de semana e madrugada. Quando necessário, a prescrição era feita por telefone pelo médico Hematologista

e, no dia seguinte, a família procurava o centro de hemoterapia para consulta, conforme relata a mãe:

E hoje, assim, quando ele entra em crise, nós sempre temos a tabelinha de remédios que podem em duas, em duas horas podemos dar um tipo de remédio. Se isso não resolver, aí tem que procurar outro (Clarice).

Com as experiências vividas, os pais das crianças com anemia falciforme aprendem a reconhecer as crises de dor e a preveni-las, como também administrar medicações analgésicas. Aprendem, ainda, como reconhecer sinais de infecção, infarto cerebral, entre outras, todas importantes para o bem estar e sobrevivência da criança (RODRIGUES; ARAUJO; MELO, 2010).

Na experiência de adoecimento dessa família, houve um período de buscas mais intensas pelos serviços de saúde devido a complicações no estado de saúde dos adolescentes, o que caracteriza a terceira fase da experiência de adoecimento e cuidado da família Soneto.

Apesar de certa estabilidade na manifestação da doença, em 2007, Cecília, aos nove anos, sofreu um Acidente Vascular Encefálico (AVE) em casa, que a mãe denomina de Acidente Vascular Cerebral (AVC). A mãe, ao perceber o que estava ocorrendo, contatou o pai e ambos levaram Cecília para o centro de hemoterapia; mas não havia médico e a família foi encaminhada ao hospital público de urgência e emergência (Figura 3, setas 14 e 15).

Se for colocar, assim, numa balança, ela foi uma criança que praticamente não deu trabalho pra gente. (...) Ela fazia as consultas de rotina, os exames de rotina todo mês, mas ela tava sempre bem. Então, quando aconteceu o AVC, pra nós, assim, foi uma surpresa muito grande, porque ELE [Olavo, ênfase] apresentava muito mais problemas de saúde do que ela (Clarice).

Ao chegar ao hospital, o médico plantonista que atendeu Cecília desconsiderou a possibilidade de o ser AVE aventado pela mãe, alegando que a sintomatologia da doença era apenas dor. A mãe, dotada de seus

conhecimentos, insistiu com o médico sobre essa possibilidade, na tentativa de conseguir o atendimento que sua filha precisava, segundo relata:

Doutor, mas a minha filha tem anemia falciforme e ela pode tá tendo um AVC. E ele falava assim: - Não, anemia falciforme não dá AVC, anemia falciforme dá DOR [ênfase]. Aí eu falava assim: - Doutor, não faz isso doutor! Minha filha tá tendo um AVC e ela precisa ser transfundida com urgência (Clarice).

Estudos mostram que as complicações neurológicas afetam 25% das pessoas com anemia falciforme, dentre elas o AVE é o mais comum, e, na infância, geralmente, é resultante da oclusão das artérias intracranianas. Por isso, os pais devem ser orientados durante as consultas de rotina a como reconhecer precocemente os sinais dessa complicação e a procurar assistência profissional em caso de suspeita. O atendimento hospitalar deve preconizar a realização de um hemograma e prova cruzada, pois, se confirmado, o paciente possivelmente necessitará de uma transfusão sanguínea. Após a estabilização do quadro, é necessária a realização de exames de imagem para a confirmação do diagnóstico. Se confirmado, pais ou pacientes devem ser orientados sobre a rotina de transfusão regular. Porém, na maioria das vezes, o médico da emergência não tem preparo para a especificidade da anemia falciforme, e a falta de profissionais capacitados na sala de emergência acaba resultando em abordagens diferentes do manejo das complicações (RODRIGUES, 2008).

Ao desconsiderar a possibilidade do AVC na criança com anemia falciforme, o profissional infringiu o direito à saúde, garantido constitucionalmente à criança:

É dever da família, da sociedade e do estado assegurar com absoluta prioridade à Criança e ao Adolescente, o direito à vida, à saúde, alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-lo a salvo de toda forma

de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Além de a Constituição assegurar o direito à saúde das crianças, em 13 de julho de 1990 entrou em vigor o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), nos termos:

A garantia de prioridade a receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; à precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; à preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; à destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (BRASIL, 2008, p.10).

Persistindo a negativa do médico em atender Cecília, seus pais entraram em contato por telefone com o Dr. Vinícius, que explicou o caso ao plantonista; só então este decidiu por transfundir a criança. Porém, no hospital não havia a unidade de sangue necessária nem veículo disponível para buscá-la no centro de hemoterapia; restou aos pais providenciar a busca do hemoderivado para ser administrado na filha (Figura 3, seta 16). Posteriormente, no momento da transfusão, a mãe enfatizou que a técnica de enfermagem iria infundir a unidade de sangue em temperatura não adequada e, segura dos conhecimentos adquiridos com sua profissionalização, ela entrevistou, conseguindo evitar que isso acontecesse, não sem mais um constrangimento, agora com a profissional de enfermagem, conforme relata:

Pois bem! Você é a profissional, mas antes de qualquer coisa eu sou mãe e eu sei o que eu to te falando. E se a minha filha pegar uma contaminação, você será responsável! Porque não se faz o que você acabou de fazer” (Clarice).

Após o AVE, as necessidades de saúde de Cecília mudaram, exigindo transfusões sanguíneas mensais, fisioterapia e acompanhamento anual com neurologista (Figura 3, setas 17 e 18). Entretanto, esse acompanhamento foi inconstante devido à dificuldade em

conseguir as consultas, tendo que aguardar durante meses por uma vaga no Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir de 2007, Cecília foi a duas consultas com o neurologista e Olavo, a apenas uma, devido a fortes dores de cabeça. Na primeira consulta, o neurologista solicitou para os dois adolescentes um Doppler Transcraniano (Figura 3, seta 19), método não invasivo que utiliza a técnica de ultrassom para medir indiretamente o fluxo nas porções proximais das principais artérias intracranianas, proporcionando informações dinâmicas da circulação cerebral (ZÉTOLA, *et al.*, 2006). No entanto, a Secretaria Estadual de Saúde negou a realização desse exame (Figura 3, seta 20), alegando não haver vagas em virtude do elevado número de solicitações e de profissional disponível para realizá-lo. Clarice e Assis, então, receberam a orientação da assistente social do centro de hemoterapia (Figura 3, seta 21) para procurar a Ouvidoria do SUS (Figura 3, seta 22), que funciona como um canal entre o indivíduo, que exerce seu papel de cidadão, e a gestão pública de saúde, com estratégias para melhorar dos serviços prestados pelo SUS (BRASIL, 2007). Lá, conseguiram uma resposta satisfatória e, em menos de 20 dias, o exame foi realizado (Figura 3, seta 23):

E aí, quando você se depara com as dificuldades do sistema, aí você via o quanto valia. Então, assim, a gente com toda uma constituição, com deveres, com igualdades, mas que na verdade... (Clarice).

Na experiência da condição crônica, a necessidade de cuidado se amplia e se diversifica, sendo que a família, não encontrando respostas efetivas às suas necessidades ou a resolutividade esperada junto aos serviços e profissionais de saúde, vê-se obrigada a lançar mão do poder judiciário para garantir seu direito à saúde por meio de demandas judiciais (BELLATO *et al.*, 2011b), gerando o fenômeno designado ‘judicialização da saúde’ (GANDINI *et al.*, 2008).

Os pais relataram, ainda, que o desenvolvimento escolar dos filhos foi prejudicado devido às inúmeras internações, exames e consultas mensais, resultando, até mesmo, em reprovações. Os dois foram encaminhados

à psicóloga e psicopedagoga e fizeram acompanhamento durante dois anos (Figura 3, seta 24).

Em outubro de 2009, o hematologista Vinícius solicitou nova avaliação neurológica para Cecília, que só foi realizada em janeiro de 2011, quando foi solicitado, também, um teste cognitivo, negado pelo SUS sob a alegação de falta de kit utilizado pela psicóloga para realizá-lo (Figura 3, seta 25): “Não conseguiu! Não. Pelo SUS não tem, porque o governo não manda o kit pra psicólogo” (Clarice).

Em dezembro de 2009, Olavo começou a apresentar crises de priapismo, também decorrentes da anemia falciforme e, ao procurarem por assistência, depararam-se novamente com o desconhecimento dos profissionais, que não entendiam a gravidade do caso (Figura 3, setas 26 e 27). O priapismo é definido como uma ereção peniana prolongada e persistente (com mais de 4 horas de duração), frequentemente dolorosa, desencadeada ou não por estímulo sexual. Caracteriza-se como uma situação clínica de emergência, por isso requer um diagnóstico rápido (CFM, 2006). A mãe, ciente da urgência da situação, relatou a situação:

Ela falou assim: - Mas mãe, aqui só tá atendendo. O médico só vai vir aqui se for de urgência! Aí falei: - Mas do meu filho é urgência! O meu filho tem anemia falciforme e ele tá tendo uma crise de priapismo, é atendimento de urgência! Não sei se é do seu conhecimento, mas o caso do meu filho é de urgência! (Clarice).

Em março de 2010, Olavo iniciou o uso da medicação Hidroxiuréia (Figura 3, seta 28), que age aumentando a concentração de hemoglobina fetal e confere benefícios como a diminuição da aderência dos eritrócitos, leucócitos e plaquetas ao endotélio vascular e da viscosidade sanguínea, contribuindo para a diminuição dos fenômenos inflamatórios e vaso-oclusivos (FIGUEIREDO, 2007).

Em 2002, o Ministério da Saúde aprovou o uso de Hidroxiuréia para pessoas com Anemia Falciforme, sendo a dispensação desse medicamento de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados da União e Distrito Federal (BRASIL, 2002).

Porém, mais uma vez o direito a saúde da família não foi respeitado, pois, em janeiro de 2011, a central

de medicamentos deixou de disponibilizar o medicamento e, em março, a família entrou novamente com processo na Ouvidoria para requerer o fármaco. Como foi negado, acionou-se o Ministério Público de Mato Grosso, conforme relata a mãe (Figura 3, setas 29 e 30):

Porque ele já tinha sete meses fazendo uso da medicação. Então esse período que ele tá sem o remédio, regride o tratamento dele. Quando ele começa de novo é como se ele voltasse à estaca zero (Clarice).

Para Bellato *et al.* (2011), o modo de atuação do poder judiciário é limitado e marcado temporalmente, ou seja, a resposta judicial não atende à necessidade de cuidado continuado, prolongado e constantemente renovado ao se vivenciar a condição crônica de adoecimento.

A vivência cotidiana da família Soneto, marcada pela experiência da condição crônica em decorrência da anemia falciforme e pelas muitas exigências de cuidado a cada ente adoecido, foi expressa na fala da mãe, Clarice, nos termos:

É tão imprevisível. Então, de repente, assim, já houve situações, várias situações de a gente tá aqui tranquilo, a gente tá brincando, assistindo filme junto, tá curtindo um ao outro ou então a gente saiu, fez um lanche gostoso, aí deitou pra dormir. PRONTO! [Ênfase na fala] No outro dia, tudo diferente. Porque aí tá tudo dividido, o meu marido de um lado com filho, eu do outro lado com outro filho. E assim, parece assim que sua vida vira de cabeça pra baixo. Aí você acaba, querendo ou não, você depende da família né, você precisa de alguém pra tá ajudando e, assim, TUDO TINHA MUDADO. Então, a gente, hoje, nós APRENDEMOS viver todos os dias aproveitando um pouquinho do outro. A gente não sabe até que dia né?! Até quando. Vive o hoje! (Clarice).

A vida de uma família que vivencia a condição crônica por anemia falciforme pode ser bastante inconstante, seja pelas possibilidades de agravamento da

doença, as incertezas do amanhã, as necessidades de cuidado constantemente modificadas, as dificuldades para instituir certa normalidade em seu cotidiano; seja pela incerteza de se obter atenção integral e resolutive dos profissionais e serviços de saúde a cada busca por cuidado que a família empreender na tentativa de atender às necessidades de saúde de seus diferentes entes.

Conclusão

A vivência da Família Soneto, aqui apresentada, possibilitou compreender o quanto a condição crônica por anemia falciforme afetou a todos, necessitando que buscassem modos de cuidado próprio para cada um dos adolescentes. Mas, sobretudo, nos permitiu apreender

que os serviços e profissionais de saúde ainda têm participado de maneira pouco implicada nesse cuidado, principalmente se considerada a necessidade de um acompanhamento contínuo e permanente como o requerido por essa condição, o que acarretou sobrecarga e desgastes de inúmeras ordens para essa família.

Percebemos que, ainda que haja Políticas e Programas estabelecidos para organizar práticas de gestão e de atenção às pessoas com anemia falciforme, por si só, estes não garantem um atendimento eficaz e integral segundo o que é preconizado, pois cabe também aos profissionais se comprometerem e se responsabilizarem para que tais políticas e programas encarnem práticas concretas que possam, de fato, garantir o direito à saúde dessas pessoas e suas famílias. ■

Referências

- ALMEIDA, M. I. *et al.* Cuidados complexos de mãe de criança com doença crônica. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, v.10, n.1, p. 36-46, 2006.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M.A.C.; ALVARENGA, M.R.M. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.45, n.4, p.889-889, 2011.
- ARAÚJO, L. F. S.; BELLATO, R. Itinerários terapêuticos na abordagem de experiências de cuidado no ensino de enfermagem. *Referência*, Coimbra, Portugal, v.2, p.492, 2011. Suplemento.
- BELLATO, R. *et al.* A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.10, n.3, 2008.
- BELLATO, R. *et al.* Mediação e mediadores nos itinerários terapêuticos de pessoas e famílias em Mato Grosso. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: EDITORA UNIVERSITÁRIA UFPE - ABRASCO, p.177-183, 2011a.
- _____. "Remédio jurídico" e seus afetamentos no cuidado de uma família. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. *Rede de Pesquisa Multicêntrica "Incubadora da Integralidade—redes e mediações"*. Rio de Janeiro: ABRASCO, p.193-201, 2011b.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da república Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de educação em saúde. *Linha de Cuidado em Doença Falciforme*, Brasília, vol.2, p.36, 2009a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://www.cehmob.org.br/downloads/Linha_de_CuidadoDF_Manual_MS.pdf>. Acesso em: 4 mai. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Manual de eventos agudos em doença falciforme*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p.50, 2009b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_eventos_agudos_doenca_falciforme.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2011.
- _____. Ministério da Saúde. *Diagnóstico situacional do programa nacional de triagem neonatal*. Brasília, DF: Secretaria de atenção à saúde, p.4, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. *Oficinas Glossário Temático Ouvidoria do SUS*. Brasília, DF: Secretária de Gestão Participativa, p. 48, 2007.

- _____. Ministério da Saúde. *Programa de anemia falciforme*. Brasília, DF: Secretária de Assistência à Saúde, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença Falciforme – Hidroxiuréia*. Portaria n. 872 do Ministério da Saúde, 2002.
- CANÇADO, R.D. Doenças falciformes. *Prática hospitalares*. Ano IX, n. 50, mar./abr., 2007.
- CANÇADO, R.D.; JESUS, J.A. A doença falciforme no Brasil. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v.29, n.3, p.203-206, 2007.
- CECILIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface. Comunicação Saúde Educação*, v.15, n.37, p.589-99, 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Associação Médica Brasileira. *Projeto Diretrizes: Priapismo*. Sociedade Brasileira de Urologia, p.1-6, 2006.
- FIGUEIREDO M. S. Agentes indutores da síntese de hemoglobina fetal. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v.29, n.3, p.313-315, 2007.
- GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. A Judicialização do Direito à Saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências. *Revista Biblioteca Digital Jurídica*, Brasília, 24 mar. 2008. Disponível em: <<http://bdjur.stj.gov.br/dspace/handle/2011/16694>>. Acesso em: 24 jun. 2010.
- MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, set/out, 2004.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010. 407p.
- NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. H.; LIMA, R. A. G. Crianças com câncer e suas famílias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.39, n.4, p.469-474, 2005.
- NEVES, E.T; CABRAL, I. E. Emponderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.17, n.3, p.552-60, 2008.
- NÓBREGA, R.D. et al. Criança em idade escolar hospitalizada: significado da condição crônica. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.19, n.3, p.425-433, 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial/OMS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.
- RODRIGUES, C.C.M.; ARAUJO, I.E.M.; MELO, L.L. A família da criança com doença falciforme e a equipe enfermagem: Revisão crítica. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v.32, n.3, p. 257-264, 2010.
- RODRIGUES, C.C.M. Urgências e Emergências em Doença Falciforme: Um desafio para a enfermagem. *Prática Hospitalar*, Ano X, n.56, mar./abr., 2008.
- SILVA, L.F.; et al. Doença crônica: o enfrentamento pela família. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.15, n.1, jan./mar., 2002.
- ZAGO, M.N.; PINTO, A.C.S. Fisiopatologia das doenças falciformes: da mutação genética à insuficiência de múltiplos órgãos. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v.29, n.3, p.207-214, 2007.
- ZÉTOLA, V.F. et al. Doppler transcraniano na prática neurológica. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v.64, n.1, p.100-103, 2006.
-
- Recebido para publicação em fevereiro de 2013
Versão definitiva em novembro de 2013
Suporte financeiro: não houve
Conflito de interesse: inexistente

Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção

Quilombola community: analysis of the persistent problem in health attention under the focus of the Intervention Bioethics

Ana Beatriz Duarte Vieira¹; Pedro Sadi Monteiro²

¹Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. abd.vieira@gmail.com.

²Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. Professor Orientador do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília. psmonteiro@unb.br.

RESUMO: A comunidade quilombola Kalunga, grupo étnico afro-brasileiro, ocupa a região do cerrado no nordeste do Estado de Goiás. O presente estudo trata do perfil sócio epidemiológico em ambiente rural, no qual são consideradas as condições de vida que afetam a saúde dos quilombolas, sob a perspectiva da Bioética de Intervenção. Aplicou-se um questionário do tipo semiestruturado contendo variáveis relativas à identificação dos participantes nos cenários sanitário, socioeconômico e étnico-cultural. Os resultados apontam para a persistência de fragilidades relacionadas às questões sociais e de saúde, bem como para a dificuldade de promoção dos processos inclusivos de universalidade e equidade em saúde para aquela comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Equidade em saúde; Desigualdades em saúde; Bioética; Grupos étnicos.

ABSTRACT: *The Kalunga Quilombola community, composed of an Afro-Brazilian ethnic group, lives in the Brazilian region called Cerrado, in the northeast area of the State of Goiás. The current study deals with the social-epidemiological profile in rural environment, in which the living conditions that affects Quilombola people are considered under the perspective of the Intervention Bioethics. A semi-structured questionnaire was applied containing the variables related to the participants' identification concerning health, socio-economical and ethnic-cultural scenarios. The results show the persistency of fragilities related to social and health issues, as well as to difficulties to promote including processes towards universality and equity in health as for that community.*

KEYWORDS: *Equity in health; Health inequalities; Bioethics; Ethnic groups.*

Introdução

As comunidades rurais negras afro-brasileiras, denominadas quilombolas ou quilombos contemporâneos, fazem parte de uma das grandes questões emergenciais da sociedade brasileira. Ao longo do tempo, tais comunidades vêm resistindo às influências externas e lutando pela inclusão social por meio das ações de atenção integral (REIS; GOMES, 1996; PERET, 2002; CARNEIRO, 2011).

Os quilombolas vivem em espaços comunitários étnicos organizados e ocupam, há séculos, diversos Estados brasileiros. Tais espaços, de vivência coletiva, contribuíram para a formação da identidade desse povo – talvez, sua marca de resistência e sobrevivência no Brasil. Os quilombos contemporâneos são um espelho de um país que ainda precisa reconhecê-los como história viva e preciosa (ANJOS; CYPRIANO, 2006).

Estimativas indicam que no território brasileiro existem cerca de três mil comunidades quilombolas distribuídas pelos Estados da Federação, embora menos da metade esteja catalogada (BRASIL, 2004a).

A defesa das referidas comunidades se constitui a partir da demanda que surge por meio de movimentos e instituições, governamentais ou não, que vêm propondo a inclusão de debates, políticas e legislações, a fim de garantir os direitos humanos dos descendentes de matrizes africanas (VILAS-BÔAS, 2003). Nesse processo de luta por seus direitos, homens e mulheres quilombolas vão superando a invisibilidade e evidenciando mais uma face da diversidade sociocultural do Brasil.

Historicamente, o esforço de elaborar políticas públicas brasileiras em uma perspectiva social pode ser observado com base em concepções de igualdade. O princípio da igualdade sempre foi descrito nas Constituições brasileiras – desde a época imperial – como a ação de se tratar de forma igual os iguais e de forma desuniforme os desiguais, no sentido de alcançar a equidade. Destarte, a situação social dos negros não melhorou com a República, pois as estatísticas revelam grandes desigualdades acerca da inclusão dos negros libertos na sociedade brasileira (VILAS-BÔAS, 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é comprometido com o combate às iniquidades na saúde que atingem

a população brasileira (BRASIL, 1990). Nesse sentido, a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) veio consolidar ações e planos voltados para a atenção à saúde da população negra, que ainda persiste sob um quadro de desigualdades ao longo da história. Assim, efetivar o direito humano à saúde da população negra é também um marco constituído pela luta para o estabelecimento de padrões de equidade étnico-racial e de gênero na política de saúde do País (BRASIL, 2007). Cabe, então, refletir até que ponto a implantação de políticas e programas do SUS pode ser observada como gesto qualificado para a promoção de ações e serviços que estabeleçam o direito de as comunidades escolherem os atendimentos de suas prioridades frente às necessidades, tornando-os protagonistas.

Nessa perspectiva, a Bioética vem contribuir com seu *corpus* de conhecimento transdisciplinar nas relações com a vida humana e com as questões sociais, sanitárias e ambientais, promovendo o diálogo com a dignidade e os direitos humanos. Para tanto, faz-se necessária a inclusão dos diversos campos dos saberes a fim de contextualizar aspectos histórico-culturais em uma sociedade plural (GARRAFA *et al.*, 2006). Para os dilemas persistentes enfrentados pelos povos da América Latina, a Bioética volta o olhar para os conflitos e dilemas sociais, procurando dialogar e relacionar a equidade à justiça social por meio do empoderamento dos cidadãos para o exercício da cidadania (GARRAFA; PORTO, 2003).

Tratar das questões dos quilombolas no Brasil é trazer os problemas que vão das vulnerabilidades à resistência étnica, cultural e histórica de um povo marcado por conflitos e dilemas. Entre os vários problemas, destacam-se: a discriminação racial; pobreza extrema; invasões territoriais; migração para grandes centros urbanos; interferência na cultura, na paisagem e no equilíbrio ambiental; baixo índice de renda domiciliar e emprego informal; precárias condições das habitações, dificuldade de acesso à saúde e à educação, aos bens duráveis e de consumo e à informação; vulnerabilidade alimentar; conflitos institucionais; e invisibilidade da população (GARRAFA, 2005).

Portanto, não se pode permitir o esquecimento da redefinição da identidade daquele povo diante da sua luta como agente de suas próprias vidas, com

direito ao convívio com respeito à diversidade, dignidade humana e cidadania.

Referencial teórico

POVO MARCADO, POVO FELIZ

A diversidade populacional e multicultural brasileira é uma característica conhecida e referenciada em todas as análises das ciências sociais e estudos antropológicos contemporâneos. Numa nação onde quase metade da população é afrodescendente, é incompreensível a ausência do reconhecimento e da valorização da identidade étnica e cultural, atribuindo ao negro um papel secundário, de coadjuvante (ANJOS; CYPRIANO, 2006).

A história relegou ao negro um caminho – velado e silenciado – de preconceito, discriminação, injustiça, desigualdade e iniquidade; reforçou a exclusão do negro às melhores oportunidades e condições de vida e reneceu o valor simbólico das tradições, saberes e fazeres do povo afrodescendente. Ao negro brasileiro, é preciso garantir a promoção da igualdade visando ao desenvolvimento e ao fortalecimento da democracia, resgatando as injustiças do passado, que se estendem até os dias atuais (NABUCO, 2000).

A revisão de conceitos sobre os grupos remanescentes de comunidades quilombolas assinala uma visão recente em consonância com o conceito antropológico, que considera as diversas origens e histórias, enfatizando os elementos da identidade cultural e linguística, da continuidade histórica ao longo das gerações e da territorialidade à condição desses grupos, projetando-se como um povo. O quilombo tem um destaque histórico no Brasil, pois remete ao passado de um povo que se rebelou contra o sistema escravocrata, caracterizando-se por uma forma de organização político-social e de identidade étnica traduzida por elementos culturais e religiosos que os distinguem socialmente. Para os quilombolas, a lógica do pertencimento, ainda hoje, contextualiza os processos que deflagram uma relação de diferença às questões do poder, principalmente porque se sabe que quem reivindica uma identidade encontra-se,

quase sempre, em condição de subordinação (REIS; GOMES, 1996; ANJOS; CYPRIANO, 2006).

O racismo, o preconceito, a discriminação social e outras diversas situações geraram propostas afirmativas para a difusão da história e da cultura negra, bem como para a inclusão de políticas públicas voltadas para essa população no Brasil (BRASIL, 2004a; VILAS-BÔAS, 2003). A proposta do governo em resgatar as comunidades tradicionais, que resistem ao longo dos tempos para manter suas tradições, é de importância capital ao debate mais complexo no contexto brasileiro, no sentido de comprometer-se, por meio da justiça social, como um real problema a ser equacionado por toda a sociedade brasileira.

As expectativas dos quilombolas de reconstruir a história por meio de ações políticas imprescindíveis à ressignificação da diversidade cultural brasileira tornaram-se também a do Estado e a do povo brasileiro, cujos descendentes de matrizes africanas passam, de fato, ser cidadãos brasileiros (VILAS-BÔAS, 2003).

A COMUNIDADE QUILOMBOLA KALUNGA

A etimologia da palavra ‘Calunga’ ou ‘Kalunga’ possui diversos significados. O estudo da antropóloga Mari de Nasaré Baiocchi (1991) descreve a origem da palavra proveniente do dialeto bantu africano; é uma palavra de cunho mágico, referente às interpretações histórico-cultural de um povo. Tem significados como “tudo de bom, a grandeza, a imensidão, divindade, homem nobre, boneca de madeira” (BAIOCCHI, 1999, p. 41). Para os quilombolas Kalunga, a palavra remete a um “lugar sagrado, terra de todos, planta forte que sobrevive às agruras da terra” (BAIOCCHI, 1999, p. 41).

A comunidade Kalunga encontra-se na região da Chapada dos Veadeiros, espalhada às margens do rio Paraná, no nordeste do Estado de Goiás. A extensa área territorial localizada entre serras, vos e rios é considerada uma das mais preservadas em todo o bioma do cerrado. Em Goiás, encontram-se identificados nos municípios de Cavalcante, Monte Alegre e Teresina de Goiás, a aproximadamente 330 km de distância da capital federal, Brasília (BAIOCCHI, 1999; BRASIL, 2011). Instalado em uma superfície aproximada de 253.000

hectares, o “Sítio Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga” foi reconhecido pelo Estado de Goiás em 1991. Abriga cinco núcleos principais, assim distribuídos: Vão da Contenda, Vão do Kalunga, Vão das Almas, Vão do Moleque e Ribeirão dos Bois. Tais núcleos, que formam o território dos Kalunga, subdividem-se em mais de meia centena de agrupamentos. O Sítio Histórico inicia-se na área do Vão do Kalunga, denominada como a ‘raiz dos Kalunga’; as demais áreas localizadas nos demais vãos são ‘seus ramos’ (BAIOCCHI, 1999).

Apesar da existência de normas jurídicas tratando do direito ao território, ainda não se efetivou a regularização fundiária na comunidade Kalunga, constituindo-se uma de suas maiores demandas. Estima-se que aproximados 100.000 hectares de terra estejam na posse de particulares da região (BRASIL, 2008).

As características daquelas comunidades indicam que elas valorizam as tradições culturais e religiosas de seus antepassados, mantêm a produção agrícola e pecuária de subsistência, e movimentam a economia em torno do extrativismo animal, mineral, plantas silvestres e artesanato. A forma de improvisar da comunidade é um traço histórico de um povo que realizou migrações para diferentes locais devido à necessidade de resistência (BRASIL, 2011).

A fragilidade das condições de vida aponta para pobreza extrema; perda de espaço territorial devido à invasão de posseiros; índice muito baixo de renda per capita; emprego informal e trabalho infante-juvenil; precariedade de abastecimento de água, energia, saneamento básico e condições de moradia; dificuldades de acesso à saúde, educação e aos bens materiais e de consumo; analfabetismo e pouca adesão das crianças à frequência escolar (BRASIL, 2004b).

Na área de saúde, tem-se uma latente insuficiência na estrutura dos serviços destinados à prestação da assistência básica, somada à baixa disponibilidade de insumos e equipamentos, ao reduzido número de profissionais, além das grandes barreiras geográficas e da desvalorização dos conhecimentos medicinais tradicionais da cultura Kalunga (BRASIL, 2004b). Uma macro análise da situação demográfica nessa comunidade justifica as discussões que visam à implementação de políticas públicas

que promovam mudanças nos quadros das limitações de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, o importante papel das lideranças quilombolas vem garantindo sua organização, que permite à comunidade tanto se defender como inserir-se nos espaços de gestão, pois, até pouco tempo atrás, a comunidade mantinha contato escasso com as instituições governamentais e conhecia muito pouco sobre o modo de viver fora do seu espaço étnico (BRASIL, 2011). Atualmente, têm-se quilombolas Kalunga inseridos no poder público, ocupando espaços no Legislativo, principalmente na Prefeitura e Câmara de Vereadores dos três municípios. Acredita-se, então, que as reivindicações da comunidade, em especial aquelas voltadas às demandas da saúde, educação, cultura e territorialidade possam ganhar voz junto aos espaços do poder.

Com o início da visibilidade de algumas comunidades quilombolas organizadas pelo País, fez-se um avanço nos projetos governamentais, incluindo, nas inúmeras ações, aquelas que garantem o acesso dos quilombolas às políticas e serviços públicos. Cabe salientar que essas comunidades fazem parte das prioridades dos programas para a implantação, ampliação ou melhoria nos sistemas de abastecimento de água, escoamento sanitário e coleta do lixo; acesso à energia elétrica e melhorias domiciliares ou coletivas de pequeno porte (BRASIL, 2004b, 2012, 2008).

Assim, destaca-se o Programa Brasil Quilombola (PBQ), criado pelo Governo Federal (BRASIL, 2004a), como uma política de Estado para aquelas comunidades, abrangendo um conjunto de ações integradas entre diversos órgãos governamentais. Dentre os projetos e ações propostos para potencializar as ações autônomas estão a melhoria da infraestrutura; saneamento básico; instalação de equipamentos sociais das comunidades; inclusão produtiva; desenvolvimento econômico e social; e fomento ao controle e à participação social dos representantes quilombolas em diferentes instâncias para a garantia dos seus direitos e exercício da cidadania (BRASIL, 2008). Assim, a institucionalização de diretrizes para a visibilidade e inserção social dos quilombolas gera possibilidades para que reflitam sobre o princípio da equidade, que pode ser traduzido por meio

da organização de estratégias que visem a reduzir as desigualdades sociais e sanitárias locais.

Nessa perspectiva, a Bioética de Intervenção traz um eixo estruturante para a interpretação das realidades concretas, aproximando-a das necessidades e aspirações dessa população vulnerável (GARRAFA; PORTO, 2008).

A Bioética de Intervenção: exercício de cidadania para o alcance da justiça como equidade

A Bioética, definida como uma territorialidade do saber de visão transdisciplinar, possibilita a ampliação do olhar sobre as questões conflituosas – persistentes e emergentes –, para tudo que diz respeito à vida em uma sociedade plural. Constitui-se por meio de reflexões em que a vida e a saúde são englobadas por um saber simbólico das ações humanas sobre inúmeros desafios das situações sociais concretas, que pedem ações transformadoras em prol da coletividade. Assim, a Bioética cresce em importância na identidade pública como instrumento que pode auxiliar na elaboração de estratégias que contribuam para a redução das desigualdades sociais, históricas, econômicas, culturais, sanitárias – coletivas e persistentes – em um enredo de excluídos e fragilizados deste mundo globalizado (GARRAFA *et al.*, 2006; GARRAFA; PORTO, 2008).

A Bioética de Intervenção (BI), proposta por Garrafa e Porto (2008), volta-se para os macro-problemas sociais e exerce papel preponderante nas discussões que fortalecem a importância do exercício da cidadania para o acesso aos direitos humanos que garantem a manutenção da existência e da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, segmentos e populações e, em especial, das minorias alijadas do poder. Seu discurso coerente é incorporado na instância da responsabilidade social, sanitária e ambiental como uma intervenção da ética aplicada à transformação social. Tem-se mostrado excelente ferramenta nos debates dos sistemas de saúde, dado que possui a capacidade de estabelecer diálogos e amplificar a voz coletiva para propor repactuações nos cenários do poder (GARRAFA; PORTO, 2003, 2008).

Este artigo tem como objetivo contextualizar o perfil socio-epidemiológico relativos às condições de vida da comunidade quilombola Kalunga sob a perspectiva da Bioética de Intervenção.

Método

Na realização do estudo, foram delimitados povoados Kalunga pertencentes a três diferentes municípios do Estado de Goiás. Em Cavalcante, o povoado selecionado foi o Engenho II; em Monte Alegre, o Riachão; e em Teresina de Goiás, o povoado da Fazenda Ema. Esses locais foram os indicados pelas lideranças quilombolas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) da Universidade de Brasília (UnB), sob o nº. 16/2012, seguindo as normativas estabelecidas pela Resolução nº. 196/96 CNS/MS. Todos os participantes foram informados, esclarecidos e convidados a participar, voluntariamente, e a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Buscou-se respeitar o princípio da participação autônoma, da privacidade, da confidencialidade e do sigilo dos dados.

Participaram três líderes comunitários e nove integrantes da comunidade Kalunga, perfazendo um total de doze participantes. Os representantes foram selecionados levando-se em consideração características ou funções incorporadas que os dota de amplo conhecimento do contexto estudado, além de representarem a comunidade com relevância em termos de experiência e envolvimento comunitário (FLICK, 2009; DENZIN; LINCOLN, 2006). Para a amostra, utilizou-se a técnica de conveniência, considerando os integrantes da população que se tornam “mais disponíveis”. Cumpre destacar que a ferramenta da saturação proporcionou o tamanho da amostra (VIEIRA, 2001).

Os dados sócio epidemiológicos foram coletados por meio de questionário semiestruturado com 36 questões distribuídas em eixos relacionados aos dados do entrevistado: sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, informações epidemiológicas e socioeconômicas e sobre a tradição étnica e cultural. Para análise dos dados, recorreu-se ao programa estatístico *Epi Info*,

versão 6.04, disponibilizado pelo *Centers Diseases Control and Prevention* – CDC (PEREIRA, 2010; BÓS, 2004). Os dados analisados geraram informações quantificáveis sobre os principais problemas vivenciados pela comunidade, assim como sua magnitude.

Resultados

A maior participação dos quilombolas ocorreu no município de Cavalcante, com cinco participantes (41,7%), seguidos por Teresina de Goiás, quatro (33,3%), e Monte Alegre, três (25,0%). Houve maior predomínio de participantes do sexo masculino com idade entre 51 e 60 anos, quatro (33,3%), enquanto no sexo feminino o predomínio foi da faixa etária entre 41 e 50 anos, três (25,0%). Os demais participantes, cinco (41,7%), se distribuíram de forma praticamente igual, ou seja, um participante para cada uma das outras faixas etárias entre 20 e 80 anos.

Em relação ao estado civil, verificou-se maior quantitativo de entrevistados solteiros para ambos os sexos, nove (75,0%), embora em condição de união estável. Há relato de que são poucos os casamentos civis entre os quilombolas, em especial para os integrantes da comunidade com idade mais avançada, já que, até bem pouco tempo atrás, inexistia o registro civil, situação que pode, em parte, explicar tal constatação.

Verificou-se a incidência de famílias numerosas: dois participantes possuem acima de dez filhos e outros dois possuem nove ou dez; três possuem cinco ou seis e outros três possuem um ou dois filhos. Dois relataram não possuir filhos. A própria tradição cultural de casamento entre consanguíneos em tenra idade possibilita o início da atividade sexual precoce e a gravidez na adolescência – aceita como um fenômeno natural entre os quilombolas –, fato que pode contribuir para a prole numerosa na comunidade.

A maioria dos entrevistados possui como escolaridade o Ensino Fundamental, sete (58,0%), seguido pelo analfabetismo, três (25,0%), e Ensino Médio, dois (16,7%). Foi possível constatar a existência de deficiências no sistema educacional, condizendo com o baixo nível de escolaridade. Há relato de que os quilombolas

de mais idade não estudaram por motivos diversos, mas hoje a escola é vista como um mecanismo de oportunidade de ascensão social. Expressam que, mesmo com a dificuldade de acesso à escola, atualmente vem ocorrendo considerável melhora das condições da educação quilombola.

Verificou-se que a atividade ocupacional de lavrador, seis (50%), tem maior predomínio em relação às outras atividades: dona de casa, uma (8,3%); empregada doméstica, uma (8,3%); professor, um (8,3%); guia turístico, um (8,3%); e não informado, dois (16,7%). Constatou-se, então, uma forte ligação do quilombola com a terra, da qual a maioria sobrevive via agricultura de subsistência. Os relatos mostram preocupação da comunidade em relação à produção, tendo como orientação a preservação do meio ambiente e a sustentabilidade.

Verificou-se que o consumo do tabaco e do álcool merece destaque, pois, num total de doze quilombolas entrevistados, três (25%) eram fumantes, enquanto nove (75%) informaram ingerir bebida alcoólica. Provavelmente, a incorporação desses hábitos tem uma forte componente cultural relacionada ao cultivo canavieiro oriundo do passado histórico, além de decorrer da busca pela sensação de prazer, aliada a opções de entretenimento na comunidade. A constatação de quilombolas consumindo tabaco e álcool sugere a necessidade de se investigar, de modo mais abrangente, se esse comportamento é adotado por outros integrantes da comunidade, por ser um problema de risco social e à saúde. Ademais, há relatos das poucas informações sobre os riscos e consequências relacionados a esses hábitos.

Em relação às condições de vida, embora o PBQ tenha possibilitado obras de infraestrutura, como a construção de casas de alvenaria em alguns povoados, observa-se que a maioria da comunidade mantém as construções tradicionais típicas – casa tipo adobe, teto de palha, chão batido e sem energia elétrica. Verifica-se, então, que as referências arquitetônicas são fortes elos na manutenção do espaço identitário e da tradição.

Considera-se a questão sanitária – abastecimento de água e energia, tratamento de esgoto, coleta de lixo e manejo dos resíduos – um dos principais pontos críticos nessa comunidade. A água proveniente do Rio Paraná é captada por sistema de encanamento rudimentar e não

é tratada. Há dificuldades no abastecimento da água tanto para o uso pessoal como para a irrigação da terra, considerando a grande distância do rio e a invasão de posseiros que dificultam o acesso direto à captação da água. Verificou-se, ainda, que as instalações sanitárias por tipo de escoadouro contam com nove (75%) fossas, dois (16,7%) banheiros e um (8,3%) outro (rio, vala, mata). Não existe qualquer forma de coleta e tratamento dos dejetos além da fossa rudimentar, que não atende às normas básicas, fato que pode propiciar a contaminação do solo e da água, provocando prejuízos à saúde da população local. O lixo é depositado a céu aberto e sofre o processo de queimada. Não há preocupação com o local em que se depositam os resíduos ou com a separação seletiva.

A assistência à saúde é realizada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), porém há precariedade dos serviços de saúde, número reduzido de unidades, equipes e profissionais, especialmente médicos, dentistas e enfermeiros. Observou-se que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é quem se mantém responsável pelo acompanhamento do estado de saúde das famílias quilombolas. Embora a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) assegure a ampliação do acesso e a qualidade do atendimento básico, na comunidade Kalunga, verificou-se uma fragilidade entre o que é preconizado e as ações executadas (BRASIL, 2007).

O sistema econômico e a geração de renda são provenientes da agricultura de subsistência, artesanato, turismo e dos programas de transferência de renda do Governo Federal, como o “Bolsa Família”, por exemplo. A economia tradicional, que mantinha a equidade na distribuição de renda e bens e na produção e consumo compartilhados, atualmente passa por um declínio em virtude da gradativa invasão das terras por posseiros, o que reduz a área de plantio e o desenvolvimento da caça, pesca e pecuária, fato que contribui para a diminuição da capacidade econômica da comunidade. As baixas perspectivas de emprego local dificultam a obtenção de trabalho e renda.

Como perfil alimentar, observou-se que dez respondentes (81,8%) se alimentam de alimentos cultivados em suas próprias terras, dentre os quais o arroz, feijão, farinha, milho e abóbora. Há um processo simbólico envolvendo a alimentação, desde sua produção até o consumo, que está relacionado com as crenças e a cultura.

Em relação à tradição étnico-cultural e ao espaço comunitário, doze (100%) respondentes relataram que a cultura continua viva e é manifestada, principalmente, por meio do folclore e das festividades religiosas. A maioria se diz católica, mas o que se constata é um sincretismo religioso. A maioria dos quilombolas, onze (90%), relatou existir uma organização social – Associação dos Quilombolas –, e, quando interrogados sobre as atividades comunitárias de distração, identificaram as folias, o futebol, os bares e o artesanato. Observou-se, ainda, que são poucas as opções coletivas de lazer oferecidas à comunidade.

Considera-se que os maiores problemas explicitados pelos participantes da pesquisa são a falta de titulação das terras, a crescente tensão em áreas fronteiriças ao Sítio Quilombola e questões relacionadas ao acesso a saúde, educação e geração de renda.

Discussão

Justiça e equidade são valores humanos essenciais. Respeitá-los é indispensável, já que sem eles podem ocorrer desestabilizações sociais e econômicas e grandes disparidades para grupos ou populações em suas condições ou oportunidades de vida. Preocupar-se com a equidade não é o mesmo que insistir na igualdade, mas requer ações deliberadas para minimizar flagrantes desigualdades (RAWLS, 2008; SEN, 2011).

As desigualdades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades nas ações de atenção, no uso de serviços e na distribuição de recursos. Para diminuir essas desigualdades e atender às exigências entre os diversos grupos sociais, as teorias normativas de equidade apontam para algumas formas de organização dos sistemas de saúde. Assim, a formulação de políticas de saúde voltadas para a equidade exige a definição do princípio da igualdade. No caso do sistema de saúde brasileiro, que tem por base a Constituição Federal (CF), a equidade foi tomada como igualdade de oportunidade no acesso aos serviços e na atenção à saúde, bem como nos mecanismos distributivos dos recursos financeiros disponíveis para o setor (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Entende-se, então, que uma distribuição equitativa responde ao princípio da distribuição segundo

as capacidades e as necessidades. Há, portanto, que se pensar na equidade como um processo permanente e em transformação, que vai se conformando aos resultados alcançados (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Somente uma Bioética pautada em transformação social é capaz de intervir em situações persistentes para dar voz, maioridade e poder de decisão a pessoas e grupos vulneráveis. Nesse sentido, a Bioética de Intervenção (BI) reclama politicamente pelos direitos e pela possibilidade de equidade, igualdade e justiça na sociedade brasileira. De acordo com a BI, os indivíduos de uma sociedade devem ser protagonistas, ou seja, ter uma participação social mais comprometida com a conquista de direitos que assegurem equidade às diferentes pessoas e grupos. Portanto, pensar em estratégias que reflitam nas políticas de Estado e contribuam com o direito de acesso universal e integral para os todos e, em especial, para os grupos menos favorecidos, é também possibilitar aos quilombolas o desenvolvimento da consciência social crítica para gerirem seus próprios direitos e avaliarem a tomada de suas próprias decisões. Dessa forma, permite-se o domínio sobre a corporeidade coletiva, visando à melhoria das condições de saúde e de vida e ao respeito dos valores, crenças e tradições do povo Kalunga (GARRAFA *et al.*, 2006; GARRAFA, 2005; GARRAFA; PORTO, 2003, 2008; UNESCO *apud* GARRAFA *et al.*, 2006; LACERDA; MONTEIRO, 2012).

Assim, considerando o direito ao acesso à saúde e ao processo de inclusão da população Kalunga, as políticas de gestão em saúde devem preocupar-se em promover a formação e capacitação de profissionais de saúde para atuarem nessas áreas específicas; incentivar a presença desses profissionais na região com o objetivo de procurar sanar as maiores carências e as dificuldades de acesso aos

serviços; além de promover a extensão da cobertura das ações de saúde e social, visando à ideia de “incentivo à equidade” preconizada pelo Sistema Único de Saúde e pela Carta Magna Brasileira.

Diante desse contexto persistente, se expressa, então, uma fragilidade em relação à equidade na saúde para a comunidade quilombola Kalunga, que ainda permanece à margem dos processos inclusivos da realidade sanitária do País.

Conclusão

A temática do acesso à saúde nas comunidades quilombolas ainda é um grave problema para muitos debates que abordam o enredo da análise das responsabilidades público-privadas quando das questões da exclusão-inclusão, desigualdade-igualdade, iniquidade-equidade, do gerenciamento do sistema sanitário e do respeito à cultura e identidade étnica. Nesse enredo, emerge a Bioética de Intervenção (BI), caracterizada pela complexidade das relações dinâmicas, que na Comunidade Quilombola Kalunga são expressas pelo processo de corporeidade coletiva em busca da garantia do direito à equidade, justiça e igualdade ao acesso à saúde. Para tanto, busca-se dar voz aos indivíduos que compõem esse grupo étnico-histórico-cultural para legitimarem suas reivindicações e as incorporarem ao reconhecimento de seus direitos como cidadãos brasileiros. É fundamental que as políticas públicas em saúde busquem a inclusão de tais grupos nas efetivas ações que completam o ciclo da responsabilidade social do Estado, onde se deve inserir a ética como princípio da consciência libertária para se alcançar a justiça como equidade e bem estar do ser humano. ■

Referências

ANJOS, R.S.A.; CYPRIANO, A. (Orgs.). *Quilombolas: tradições e cultura da resistência*. São Paulo: Aori, 2006.

BAIOCCHI, M.N. *Kalunga: povo da terra*. Brasília: Ministério da Justiça/Secretaria dos Direitos Humanos, 1999.

BÓS, A.J.G. *Epi Info® sem mistérios: um manual prático*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. *Uma história do povo Kalunga*. Brasília: Secretaria de Educação Fundamental, 2011.

- _____. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 20 set. 2012.
- _____. Presidência da República. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Fundação Universidade de Brasília. *Perfil das comunidades quilombolas*: Alcântara, Ivaporunduva e Kalunga. Brasília: SEPPPIR; FUB, 2004a.
- _____. Presidência da República. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. *Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial*. Brasília: SEPPPIR, 2004b.
- _____. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: SEPPPIR, 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2013.
- _____. *Programa Brasil Quilombola: comunidades quilombolas brasileiras: regularização fundiária e políticas públicas*. Brasília: SEPPPIR, 2008. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/arquivos/pbq.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2013.
- _____. *Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas*: julho de 2012. Brasília: SEPPPIR, 2012. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/destaques/diagnostico-pbq-agosto>>. Acesso em: 10 mar. 2013.
- CARNEIRO, E. *O Quilombo dos Palmares*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y.S. (Coord.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 122-32, 2005.
- GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. (Orgs.). *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia, 2006.
- GARRAFA, V.; PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, v. 17, n. 5-6, p. 399-416, out. 2003.
- _____. Verbete: Bioética de intervención. In: TEALDI, J. C. (Org.). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unesco – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética/Universidad Nacional de Colombia, 2008.
- LACERDA, T.F.; MONTEIRO, P.S. Bioética e diversidade: condições de saúde da população adulta em situação de rua do Distrito Federal. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 92, p. 77-85, jan./mar. 2012.
- NABUCO, J. *O abolicionismo*. São Paulo: Publifolha, 2000. (Grandes Nomes do Pensamento Brasileiro).
- PEREIRA, M.G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- PERET, B. *O Quilombo dos Palmares*. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2002.
- RAWLS, J. *Uma teoria da Justiça*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- REIS, J.J.; GOMES, F.S. (Orgs.). *Liberdade por um fio: história dos quilombos no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- SEN, A. *A ideia de Justiça*. São Paulo: Companhia da Letras, 2011.
- TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. In: GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. (Org.). *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia; Unesco, 2006.
- VIEIRA, S. *Introdução à bioestatística*. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001.
- VILAS-BÔAS, R.M. *Ações afirmativas e o princípio da igualdade*. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2003.

Recebido para publicação em outubro de 2013

Versão final em dezembro de 2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

As notificações de acidentes de trabalho com material biológico em um hospital de ensino de Curitiba/PR

Reporting on work accidents with biological materials in a teaching hospital in the city of Curitiba, state of Paraná, Brazil

Rafaela Gessner¹, Liliana Müller Larocca², Maria Marta Nolasco Chaves³, Suzana Dal-Ri Moreira⁴, Elizabeth dos Santos Wistuba⁵, Silvia Jaqueline Pereira de Souza⁶

¹Mestranda em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. rgessner2@yahoo.com.br

²Doutora em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. Professora adjunta do departamento de enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil. larocca_m@terra.com.br

³Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora adjunta do departamento de enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil. mnolasco@terra.com.br

⁴Residência médica em Clínica Médica no Hospital Heliópolis – Sacomã (SP), Brasil. Chefe do Serviço de Epidemiologia do Hospital de Clínicas da UFPR – Curitiba (PR), Brasil. sumoreira@brturbo.com.br

⁵Especialista em Pneumologia Sanitária pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Positivo (UP) – Curitiba (PR), Brasil. eswistuba@hotmail.com

⁶Mestranda em Enfermagem Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil. silviajaquel@gmail.com

RESUMO: Estudo descritivo, de natureza qualitativa, com o objetivo de conhecer a realidade da notificação de acidentes de trabalho com material biológico no Serviço de Epidemiologia Hospitalar de Hospital de Ensino de Curitiba - PR. A coleta de dados foi realizada em bancos de dados do SINAN-Net e por meio de entrevistas semiestruturadas com dez informantes-chave. A análise dos dados, fundamentada no materialismo histórico e dialético, permitiu identificar processos relacionados às dimensões estrutural, particular e singular na notificação dos acidentes de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde coletiva; Enfermagem; Saúde do trabalhador.

ABSTRACT: *This is a descriptive study based on qualitative methods aimed at outlining the connection between occurrence and lack of reporting of occupational accident with biological material reported in a teaching hospital at Curitiba, Parana State, Brazil. Data collection involved searching report made in 2010 by the Epidemiology unit and semi-structured interviews with key informants from a hospital. Data were examined according to historical and dialectical materialism that led to the identification of structural, specific and unique aspects of occupational accident reports.*

KEYWORDS: *Collective health; Nursing; Occupational health.*

Introdução

Os acidentes de trabalho caracterizam-se como um problema de saúde pública, com efeitos deletérios à saúde do trabalhador. No Brasil, de acordo com o Anuário Estatístico da Previdência Social de 2009, foram registrados 723.452 acidentes de trabalho, dentre os quais 57.606 referentes a trabalhadores dos serviços de saúde e serviços sociais (BRASIL, 2009a).

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) foi desenvolvido em 1993 com o objetivo de coletar e processar dados sobre agravos de notificação em todo o País. Alimenta-se pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória, entre eles o agravo acidente de trabalho com exposição a materiais biológicos, conforme Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011.

Os profissionais da área da saúde, sobretudo os da Enfermagem, são constantemente expostos a riscos de acidentes de trabalho. Uma das características do processo de trabalho da Enfermagem, especialmente em ambientes hospitalares, é a proximidade física com os usuários e a realização de procedimentos invasivos. Portanto, é comum o contato, mesmo que indireto, com fluidos orgânicos (SOARES, *et al.*, 2011). Nesse processo, os trabalhadores ficam susceptíveis a infecções por agentes patogênicos veiculados pelo sangue, tais como o vírus HIV e os vírus HVB e HCV (BRASIL, 2009b).

Ademais, a alta carga de trabalho desempenhada pelos trabalhadores da Enfermagem causa desgastes e prejudica os relacionamentos interpessoais. É frequente a dilatação da jornada de trabalho, seja por mais de um vínculo empregatício ou pela adição de horas extras. Assim, o trabalhador tem sofrido com a falta de concentração e fortes pressões psicoemocionais. Destaca-se que a composição da força de trabalho da equipe de Enfermagem é majoritariamente feminina e é comum às mulheres a dupla jornada de trabalho, dado que o trabalho doméstico ainda é visto como responsabilidade feminina mesmo quando formalmente inseridas no mercado de trabalho (ZIBETTI; PEREIRA, 2010).

A divisão social do trabalho, a formação técnica em níveis de escolaridade diferentes e o quantitativo de

trabalhadores imprimem ao enfermeiro as atividades intelectuais e aos auxiliares e técnicos de Enfermagem as atividades ditas manuais. Destarte, aos executores da intervenção se impõe maior risco de acidentes de trabalho. Somam-se, ainda, a esses processos, o trabalho executado em diferentes turnos e a constante vivência de tensões e estresses no trabalho, como a morte e o sofrimento de usuários e familiares (RIBEIRO; SHIMIZU, 2007).

Acidente de trabalho e o materialismo histórico dialético

Conforme Egry (1996), a saúde, enquanto estrutura e sistema, determina-se pela relação entre os modos de produção e a inclusão dos indivíduos nesse sistema. É nessa relação que o indivíduo será exposto a processos protetores da sua saúde, bem como de desgastes e contradições que determinarão a sua relação saúde-doença.

Dessa forma, ao se analisar o fenômeno acidente de trabalho, é necessário refletir sobre a realidade objetiva estudada e seu desdobramento em três dimensões: estrutural, formada pelo desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações de produção econômicas e político-ideológicas; particular, constituída pelos processos de reprodução social e perfis epidemiológicos de classe, ou seja, pelas formas únicas de produção e consumo em cada classe; e singular, formada pelos processos que, em última instância, levam o sujeito a adoecer e morrer ou a desenvolver o aperfeiçoamento de sua saúde (EGRY, 1996).

Autores como Sarquis e Felli (2009) referendam a determinação estrutural para os acidentes de trabalho, destacando a escassez de recursos humanos na maioria das instituições, o que impõe o aumento do ritmo e da carga de trabalho nesses locais.

A razão significativa para a escolha deste tema foi a percepção de que os dados referentes às notificações de acidentes de trabalho poderiam ser o reflexo da subnotificação desse agravo na instituição. Parte significativa das notificações (32%) diz respeito a acidentes envolvendo materiais biológicos de pacientes-fonte sabidamente positivos para algumas infecções – HIV, HCV

e HBV –, o que não está de acordo com a realidade da incidência da infecção no País (0,61%) e com o risco de infecção pelo vírus HIV após acidentes percutâneos (0,3%). Neste estudo, partiu-se do pressuposto que a maior parte dos trabalhadores notifica os seus acidentes, principalmente quando conhece a situação sorológica positiva do paciente-fonte.

Assim, tem por objetivo conhecer a realidade das notificações de acidentes de trabalho com material biológico no Serviço de Epidemiologia Hospitalar de Hospital de Ensino localizado no município de Curitiba-PR, relacionando sua ocorrência e subnotificação.

Materiais e métodos

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, classificado quanto aos fins como descritivo e quanto aos meios como estudo de caso, visto que se aplica a uma unidade de análise (TOBAR; YALOUR, 2001).

Realizou-se a coleta dos dados em duas etapas. Na primeira, levantaram-se as notificações de acidentes de trabalho com exposição a material biológico notificados no Serviço de Epidemiologia Hospitalar (SEPIH) de Hospital de Ensino da cidade de Curitiba-PR no ano de 2010. Na segunda etapa, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com informantes-chave acerca das condições em que aconteceram os acidentes de trabalho notificados.

Como critério de inclusão da primeira etapa, selecionaram-se notificações de acidentes de trabalho com exposição a material biológico realizadas no SEPIH entre janeiro e dezembro de 2010. Como critério de inclusão de participantes para a segunda etapa da pesquisa, selecionaram-se informantes-chave cujo processo de trabalho incluísse atividades de gerência nas unidades que apresentavam maior frequência de acidentes notificados. Dessa forma, o universo da pesquisa foi constituído, na primeira etapa, por 63 acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos notificados e constantes do banco de dados, cujo acesso realizou-se entre 1 de agosto e 30 de agosto de 2011. Na segunda etapa, a amostra foi constituída pelas entrevistas realizadas com

dez enfermeiros de oito unidades diferentes no período de 22 de agosto a 11 de setembro de 2011.

A análise qualitativa dos dados foi inspirada nas Bases Metodológicas para a Assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva fundamentadas no Materialismo Histórico e Dialético apresentadas por Egry (1996), com destaque para a etapa de captação da realidade objetiva e identificação das dimensões estrutural, particular e singular.

O estudo integra o projeto “Promoção da saúde e prevenção de agravos no âmbito da epidemiologia hospitalar na perspectiva da saúde coletiva”, aprovado pela Universidade Federal do Paraná sob o protocolo CAAE 0076.0.091.000-10. Todos os trâmites legais e éticos requeridos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidos.

Resultados e discussão

A primeira etapa da pesquisa quantificou os casos de acidente de trabalho com exposição a material biológico notificados no SEPIH em 2010. No período estudado, foram notificados 63 acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos, dos quais 49 (78%) acometeram mulheres, a maior parte da força de trabalho da instituição, e 14 (22%) ocorreram com homens. Tais dados vêm ao encontro da realidade estadual de notificação do agravo, pois, no estado do Paraná, entre 2006 e 2010, foram notificados mais de 10 mil acidentes de trabalho com material biológico, dos quais aproximadamente oito mil ocorreram com mulheres (PARANÁ, 2011).

Ruiz, Barboza e Soler (2004) e Balsamo e Feli (2006) mostram em seus estudos que a maior incidência de acidentes de trabalho com material biológico está na categoria de Auxiliares de Enfermagem, realidade que se repete no cenário estudado, onde a incidência de acidentes nessa categoria representou 32% (20 acidentes).

O grupo *estudantes* representou a segunda colocação em número de acidentes, totalizando doze ocorrências (19%): dez alunos acidentados pertenciam ao curso de medicina; um aluno, ao curso de Enfermagem; e outro de curso não especificado. Tais dados se assemelham

a uma pesquisa de 2004, na qual 40% dos acidentes, em hospital de ensino de São Paulo, aconteceram com estudantes (GIR; CANINI, 2004). Tornam-se necessárias, portanto, medidas de investimento na educação superior dos profissionais da saúde, a fim de formar profissionais com habilidades e competências para minimizar riscos e adotar medidas de segurança.

Quanto ao tipo de exposição, corroborando Caixeta e Branco (2005), a maior frequência foi de acidentes percutâneos, com 47 casos (75%), seguidos de exposição mucosa, onze casos (17%), e pele íntegra ou não íntegra, cinco casos (8%). Em 50 casos (80%), o material envolvido nas lesões foi o sangue; materiais não identificados foram notificados em dez casos (15%); e o líquido pleural, em três (5%). Em relação ao uso de EPI, verifica-se que 57 (90%) dos acidentados usavam luvas e avental no momento do acidente, e apenas oito (13%) usavam óculos de proteção. Ruiz, Barboza e Soler (2004) defendem que o uso de EPIs constitui medida preventiva capaz de produzir impacto no número de acidentes de trabalho. Entretanto, sabe-se que condições de trabalho adversas, a que muitos trabalhadores estão expostos, devem ser consideradas como propiciadoras na ocorrência desses acidentes, e não somente o uso inadequado ou a falta de uso do equipamento de segurança.

Em 56 casos (88%), a fonte era conhecida em relação ao paciente-fonte, sendo 38 (68%) negativos e 18 (32%) positivos. Destes últimos, onze (19,5%) eram Anti-HIV, seis (11%) Anti-HCV, cinco (9%) Anti-HBs e quatro (7%) Anti-HbsAg. A contagem ultrapassa os 18 positivos porque há pacientes-fonte com infecção HIV e Hepatite C.

A quantidade de pacientes-fonte positivos (32%) é alta e permite inferir que não está de acordo com a realidade da incidência da infecção no País (0,61%) e com o risco de infecção pelo vírus HIV após acidentes percutâneos (0,3%). Esses números indicam a possibilidade de subnotificação dos acidentes de trabalho, partindo-se do pressuposto que a maior parte dos trabalhadores notifica os seus acidentes, principalmente quando conhecem a situação sorológica positiva do paciente-fonte, dificultando, dessa maneira, apesar dos grandes avanços recentes, o completo conhecimento da

realidade desse agravo no local da pesquisa, bem como em outras instituições de saúde.

Interpretação da realidade objetiva

Para compreensão da relação entre acidentes de trabalho com exposição a material biológico e sua subnotificação, ancorou-se na Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) proposta Egry (1996) e fundamentada no materialismo histórico dialético. Na TIPESC, considera-se que o processo saúde-doença (GRANDA; BREIHL, 1989) é socialmente determinado, pois advém das transformações sociais ocorridas em um determinado momento histórico, gerando transformações na saúde, tanto na sua estrutura como no sistema de saúde. Esse referencial pressupõe, para a sua compreensão, um reconhecimento da realidade objetiva, em suas três dimensões: estrutural, particular e singular, aqui consideradas como categorias analíticas. Portanto, a interpretação da realidade objetiva no que tange à subnotificação em relação aos acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos foi realizada por meio da identificação, após transcrição das falas dos informantes-chave, de elementos pertencentes às três dimensões acima citadas.

Dimensão estrutural

Neste estudo, compreende-se a dimensão estrutural nos aspectos jurídico-legais da Saúde no Brasil, bem como naqueles relativos ao acesso educacional, seja na formação geral ou na educação permanente dos trabalhadores. Considera-se, também, como parte estrutural, o trabalho sob a perspectiva ontológica do termo.

A Constituição Federal (CF) Brasileira, em seu artigo sexto, afirma que são direitos sociais: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. O artigo 196 dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e

de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Entretanto nota-se que esse direito não está presente quando se trata de aspectos da saúde do trabalhador. Quando se questionou um informante-chave a respeito de quais fatores poderiam contribuir para a comunicação do acidente de trabalho, a seguinte resposta chamou a atenção:

[...] o relacionamento da equipe, a cobrança, você estar sempre orientando e tentando manter não uma educação permanente, um treinamento constante, é difícil porque o número de pessoal é muito reduzido, você não consegue tirar hoje um funcionário nem 15 minutos pra você fazer um treinamento básico sobre nada, quanto mais pra um assunto detalhado e importante como esse. (Enf. 4)

Analisando essa fala, observa-se que as atuais condições do processo de trabalho, caracterizadas pela falta de funcionários e sobrecarga de funções, impedem ou dificultam investimentos na saúde do trabalhador, como a educação permanente. O impedimento para se afastar o trabalhador do setor para, por exemplo, realização de treinamentos e capacitações implica sua exposição sem que haja orientação para a proteção à saúde.

O processo de trabalho em saúde é determinado por relações sociais, nas quais há uma hierarquização de poderes entre categorias profissionais distintas. Conforme Oliveira e Murofuse (2001) *apud* Siqueira *et al.* (1995), as alterações tecnológicas ocorridas, de um lado, implicam um processo mais coletivo, na medida em que as tarefas de um grupo profissional dependem de outro, mas, por outro lado, levam a uma concentração das atividades reflexivas e de maior autonomia em apenas alguns grupos profissionais, relegando uma proporção cada vez maior de trabalhadores a atividades rotineiras e padronizadas.

Chegou-se à conclusão que elementos presentes na dimensão estrutural da sociedade e suas condições são capazes de explicar, em parte, fatores que acarretam a subnotificação dos acidentes de trabalho

com exposição a materiais biológicos. Para alcançar a notificação fidedigna desse agravado, fazem-se necessários o cumprimento das legislações vigentes e o estabelecimento de relações éticas no mundo do trabalho.

Dimensão particular

Como referencial de análise para a dimensão particular, destaca-se o trabalho em saúde: sua organização, jornada, relações de poder, acidentes de trabalho e sua subnotificação.

Quando se questionou sobre quais fatores poderiam contribuir para a ocorrência de um acidente de trabalho com exposição a materiais biológicos, os dez entrevistados citaram diversas questões que remetiam à dimensão particular: quatro citaram o desconhecimento sobre a necessidade do uso de EPIs; dois informaram a falta de EPIs na unidade em que atuam; dois informaram o horário de trabalho noturno; quatro, a situação sorológica positiva conhecida do paciente; quatro, a situação sorológica desconhecida; seis citaram o descarte de Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) de maneira inadequada; cinco elencaram a falta de materiais para realizar procedimentos e oito mencionaram a falta de treinamentos ou capacitações que tratem da problemática dos acidentes de trabalho na unidade em que atuam. Muitos dos itens elencados dizem respeito às condições do processo de trabalho em saúde no local pesquisado, as quais, de maneira geral, se repetem na maioria das instituições de saúde brasileiras.

Conforme Elias e Navarro (2006), o excesso de trabalho, as jornadas elevadas e um alto número de usuários do sistema de saúde, aliados à tensão, ao estresse, ao cansaço e à fadiga, podem gerar desatenção e descuido no desenvolvimento da prática profissional, influenciando, portanto, na ocorrência de possíveis acidentes, na medida em que os sentimentos e as emoções dos trabalhadores de Enfermagem interferem no seu modo de agir e pensar.

A precarização do trabalho, fenômeno que vem se intensificando nos últimos anos em decorrência do acirramento do capitalismo iniciado na década de 1970, é responsável pela pior condição de saúde dos

trabalhadores e pelo aumento das doenças relacionadas ao trabalho. Destacam-se os aspectos trabalhistas como a baixa remuneração, exclusão do mercado formal de trabalho, desemprego, altas cobranças psicológicas no ambiente de trabalho e pouca autonomia (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

[...] mas, infelizmente, a gente é engolido pelo tempo, e a gente acaba não fazendo todo dia essa orientação, a gente acaba orientando quando acontece [...](Enf. 7)

Depreende-se do trecho acima que o processo de trabalho existente no local pesquisado evidencia sua precarização: trabalho exaustivo como impedimento de capacitações e treinamentos. Considera-se a questão da subnotificação como um dos critérios da dimensão particular, neste estudo caracterizada pelo trabalho em saúde. O trecho a seguir permite inferir que o informante identifica, como responsável pela subnotificação do agravo, a falta de interesse do acidentado ou o fato de o acidentado encarar a lesão como algo rotineiro e inofensivo: “[...] A negligência [...] o descaso que acontece [...]” (Enf. 4)

Na perspectiva dialética de evidenciar as contradições, é necessário compreender as relações de trabalho (DEJOURS, 1992) existentes no ato da notificação de um acidente de trabalho com material biológico e suas possíveis consequências, como: a exposição do trabalhador, o medo advindo desse processo, as consequências do uso da quimioprofilaxia e o impacto desse evento em sua vida pessoal.

Remetendo-se à relação subnotificação e demora no atendimento: “[...] é estressante [...] você tem que esperar o atendimento [...] depois se o paciente for soropositivo você tem que tomar aquele coquetel [...] é tanta burocracia.” (Enf. 8)

A demora no atendimento ambulatorial é entendida por parte dos entrevistados como determinante na notificação do agravo. Tal afirmação levanta uma contradição: os serviços de saúde são cada vez mais exigidos para oferecer atendimento rápido e de qualidade aos usuários, mas essa não é a realidade quando os funcionários tornam-se usuários.

A falta de informação também foi identificada como causa para a subnotificação: “[...] por falta de informação, por falta de achar importante, desconhecimento.” (Enf. 10)

É importante ressaltar que mudanças paradigmáticas no processo de trabalho em saúde são imprescindíveis à compreensão dos acidentes de trabalho. Medidas de educação continuada a respeito do tema acidente de trabalho contribuem para o esclarecimento sobre a necessidade da notificação, acompanhamento e tratamento desse agravo.

Destacou-se, ainda, como causa para a subnotificação, o conhecimento prévio da situação sorológica positiva do paciente-fonte por parte do trabalhador, determinando, assim, maior preocupação na ocorrência da lesão. Pode-se inferir que esse comportamento se reflete, também, na maior notificação do acidente sofrido, explicando, em parte, porque uma grande parcela (32%) das notificações de acidentes de trabalho com material biológico no cenário pesquisado diz respeito a pacientes-fonte positivos:

[...] quando você sabe que um paciente é sorologicamente positivo, independente de qual agente causador dessa sorologia positiva, você tem cuidado, e gera em você uma preocupação. (Enf. 4)

É possível reconhecer que as condições adversas e precárias presentes na dimensão particular – intensificação do processo de trabalho, pouca autonomia, estresse, entre outros fatores – influenciam na ocorrência de acidentes de trabalho bem como na postura do trabalhador frente a esses eventos.

Dimensão Singular

Nessa dimensão, aborda-se como a dinâmica individual de manutenção de vida interfere na notificação ou subnotificação do agravo investigado, podendo-se destacar questões subjetivas relacionadas ao medo. Nessa etapa, estabeleceu-se relação com as representações individuais sobre o processo saúde doença: “[...] tem funcionário

que acha que não precisa tomar o coquetel, porque o paciente não tem ou a gente não tem o conhecimento que é soropositivo [...]” (Enf. 6)

Em algumas situações, a interpretação do processo saúde-doença pode ser considerada individual e subjetiva, influenciada pela inter-relação entre os seres humanos e os elementos que os cercam, bem como pelos sentimentos de culpa, medo, superstições e mistérios. Essas questões estão intimamente ligadas às expressões de cada doença, à ocorrência de epidemias, ao sofrimento e à dor, ao desgaste físico e mental e à expectativa da morte (SEVALHO, 1993).

[...] eles ficam com muito medo [...] teve um funcionário que estava fazendo uma gasometria [...] e se picou com a agulha e teve que recolher todos os exames e ele ficou super preocupado, super ansioso até sair o resultado [...] porque ele estava se achando doente sabe? [...] (Enf. 5)

Analisando essa fala, percebe-se que a maneira de vivenciar o acidente de trabalho é subjetiva. Para muitos profissionais de saúde, a indicação do tratamento profilático dimensiona a gravidade do acidente, pois eles associam esse fato diretamente à contaminação pelo vírus HIV. Vários fatores influenciam a possibilidade de aceitar e reconhecer o tratamento como necessário: o significado e representação que o trabalhador tem desse acidente em sua vida; o surgimento de efeitos colaterais; o conhecimento prévio da profilaxia, do objetivo das medicações; do sentimento de estar doente; e do medo da discriminação social (BRANDÃO JR., 2000).

Um dos principais sentimentos vivenciados pelos profissionais de Enfermagem no momento pós-acidente de trabalho é o medo (SARQUIS; FELLI, 2009). Na interface estabelecida entre a dimensão particular e a singular, destaca-se que o medo de perder o emprego e do enfrentamento junto aos gestores superou o medo de adoecer. Possivelmente, essa problemática acaba por interferir na notificação, explicitando vulnerabilidades individuais e coletivas.

Contudo, Dejours (1992) salienta que o medo está presente em todas as ocupações profissionais, embora

algumas profissões apresentem mais riscos à integridade física, como a Enfermagem. Contra o medo gerado por sua ocupação, os trabalhadores desenvolvem defesas específicas que podem ser protetoras ou, de forma oposta, desgastantes. Pode-se inferir que o medo é capaz de gerar atitudes protetoras como, por exemplo, o correto uso de EPIs, a notificação de um acidente de trabalho e o uso de medicamentos profiláticos. Por outro lado, se sublimado pelo sistema defensivo do trabalhador, pode gerar uma atitude de negligência em relação à própria saúde:

[...] os mais antigos de profissão acham assim “ah isso não vai acontecer comigo, se não aconteceu até agora um acidente”, ou, “não pego nada” [...] esses que correm o maior risco são os que menos tomam cuidado. (Enf. 7)

Pode-se perceber que, na análise da dimensão singular dos trechos destacados, evidenciaram-se, de forma dialética, a dinâmica e a historicidade da sobrevivência, bem como o aperfeiçoamento da saúde com relação ao processo saúde-doença e à sua interpretação. Tal evidência pode ser compreendida pelas formas individuais de participação na organização do trabalho e pelas questões próprias de interferência em outros níveis, no caso, relações de trabalho, lazer, prazer, qualidade de vida e manifestações do corpo biopsíquico, como o desgaste físico e emocional e a produção de sensações.

Conclusões

Os acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos constituem um dos graves problemas a que está sujeito o trabalhador da saúde, especialmente aquele que desenvolve suas atividades laborais em instituições hospitalares. Durante a identificação das notificações de acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos realizadas no cenário do estudo constatou-se que há uma subnotificação no que diz respeito a esse evento, informação que foi igualmente percebida após a análise das entrevistas realizadas com os informantes-chave, trabalhadores do mesmo hospital.

O fenômeno da precarização do trabalho, explicado por características como a má remuneração, pouca autonomia, necessidade de dupla jornada e excesso de demandas, exerce influência no ato da notificação dos acidentes sofridos, impedindo, por diversas vezes, a notificação fidedigna desse agravo e reforçando o pensamento de que só se deve “perder” tempo para notificar o acidente quando envolver material biológico de um paciente-fonte positivo.

Muitas vezes, culpa-se o trabalhador pela ocorrência do acidente de trabalho: não utilização de EPIs, descuido ou desatenção. Porém, deve-se refletir acerca da realidade à qual esse trabalhador está inserido, determinante de processos de proteção e desgaste, fazendo emergir o seguinte questionamento: como os

profissionais de saúde vêm sendo preparados para enfrentar um fenômeno de tamanho impacto?

Acredita-se que, mesmo contemplando um cenário específico, as dimensões aqui reconhecidas, com destaque para a dimensão estrutural, são passíveis de generalização para outras instituições de trabalho em saúde.

Faz-se necessário salientar a importância da correta e efetiva notificação dos acidentes de trabalho, pois a notificação gera o panorama da ocorrência desse agravo em diferentes regiões, subsidiando a produção de políticas públicas. Como salientam Miquilin e Filho (2011), a construção de um contexto de saúde do trabalhador que reflita os ideais de justiça, cidadania e universalidade deve, necessariamente, considerar os trabalhadores, a instituição e o Estado. ■

Referências

BRAGA, L.C.; CARVALHO, L.R.; BINDER, M.C.P. Condições de trabalho e transtornos mentais mais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciência e Saúde Coletiva*, v.15, n.1, p.1585-1596, 2010.

BRANDÃO JUNIOR, P. S.. *As dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital*. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área da Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL. *Constituição: República Federativa do Brasil (1988)*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Previdência social. *Anuário Estatístico da Previdência Social 2009*. Brasília 2009a. Disponível em: < <http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=989>>. Acesso em: 21 abril 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica*. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

CAIXETA, R.B.; BRANCO, A.B. Acidentes de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. *Cadernos de Saúde Pública*, v.21, n.3, p.737-746, 2005.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5. ed. ampliada. São Paulo: Cortez Editora, 1992.

EGRY, E.Y. *Saúde coletiva: construindo um novo método em Enfermagem*. São Paulo: Ícone, 1996.

ELIAS, M.A.; NAVARRO, V.L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.14, n.4, p.517-525, 2006.

GIR, R.K.R.E.; CANINI, S.R.M.S. Accidents with biological material among undergraduate nursing students in a public Brazilian University. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v.8, n.1, p.18-24, 2004.

GRANDA, E.; BREILH, J. *Saúde na Sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico*. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1989.

MIQUILIN, I.O.C.; FILHO, H.R.C. Propostas de inclusão dos trabalhadores informais e desempregados nas políticas públicas brasileiras: breve análise a partir das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador. *Saúde em Debate*, v.35, n.90, p.426-436, 2011.

OLIVEIRA, B.R.G.; MUROFUSE, N.T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.9, n.1, p.109-115, 2001.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde. Centro Estadual de Saúde do Trabalhador. *Relatório SINAN, 2011* (dados preliminares).

RIBEIRO, E.J.G.; SHIMIZU, H.E. Acidentes de trabalho com trabalhadores de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.60, n.5, p.535-540, 2007.

RUIZ, M.T.; BARBOZA, D.B.; SOLER, Z.A.S.G. Acidentes de trabalho: um estudo sobre esta ocorrência em um hospital geral. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v.11, n.4, p. 219-224, 2004.

SARQUIS, L.M.M.; FELLI, V.E.A. Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre trabalhadores de saúde: fulcro para repensar o trabalho em instituições de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.62, n.2, p.701-704, 2009.

SOARES, L.G.; *et al.* Risco biológico em trabalhadores de Enfermagem: promovendo a reflexão e a prevenção. *Cogitare Enfermagem*, v.16, n.2, p.261-267, 2011.

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

Recebido para publicação em junho de 2012

Versão final em dezembro de 2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

A organização do acesso aos serviços de saúde bucal na estratégia de saúde da família de um município da Bahia

The organization of the access to dental health services within the family healthcare strategy in a municipality in Bahia

Roseli Pereira Tavares¹, Giovanni Caponi Costa², Michelle Lopes Miranda Falcão³, Patrícia Suguri Cristino⁴

¹Graduada em Odontologia pela União Metropolitana de Ensino e Cultura (UNIME) – Lauro de Freitas (BA), Brasil. tavares.roseli@uol.com.br

²Graduada em Odontologia pela União Metropolitana de Ensino e Cultura (UNIME) – Lauro de Freitas (BA), Brasil. giovannicaponi@hotmail.com

³Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) - Feira de Santana (BA), Brasil. Professora do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana – Feira de Santana (BA), Brasil. michellefalcão@gmail.com

⁴Mestre em Odontologia Restauradora pela Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil. Professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Salvador (BA), Brasil. patriciasgcrisino@gmail.com

RESUMO: O objetivo desse estudo foi conhecer a forma de organização da oferta dos serviços de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família de um município da Bahia. Trata-se de pesquisa qualitativa baseada em entrevistas semiestruturadas com usuários, agentes comunitários de saúde e cirurgiões-dentistas. Os resultados permitiram inferir que a oferta da primeira consulta odontológica aproxima-se mais do modelo tradicional de atendimento à demanda espontânea. Constatou-se que a participação da comunidade na organização dos serviços de saúde bucal é ausente. As barreiras de acesso recaíram sobre a falta de materiais e deficiência na manutenção de equipamentos, além da baixa cobertura do serviço.

PALAVRAS-CHAVE: Agendamento de consultas; Serviços de saúde bucal; Equidade no acesso.

ABSTRACT: *The objective of this study was to investigate the organization of available dental health services within the Family Healthcare Strategy in a Bahia State's municipality. This is a qualitative research study using semi-structured interviews with users, community health agents and dentists. The results showed that the availability of the initial dental consultation is similar to the traditional model of healthcare by spontaneous demand. Community participation in the organization of oral healthcare services proved to be non-existent. Barriers to access are due to the lack of supplies and inadequate equipment maintenance, in addition to the limited services provided.*

KEYWORDS: *Appointments and schedules; Dental Health Services; Equity in Access.*

Introdução

No ano de 2004, foi proposta a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), calcada nos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) e estruturada com o objetivo de ampliar e garantir a atenção odontológica à população, conhecida como Programa Brasil Sorridente (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

Após sete anos do início de sua implantação, a PNSB alcançou números importantes no território nacional. Em termos de cobertura dos serviços de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a população coberta passou de 15,2%, em 2004, para 34,7% em 2011. O número de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) aumentou de 100 para 853 nesse mesmo período (BRASIL, 2012).

Quanto ao impacto da PNSB sobre as desigualdades em saúde bucal, o incremento de cirurgiões-dentistas no SUS foi consideravelmente maior nas regiões Norte e Nordeste, e outros estudos corroboram o maior aporte de recursos nas cidades com piores indicadores socioeconômicos, numa tendência pró-igualdade (ANTUNES; NARVAI, 2010).

Apesar dos inegáveis avanços da PNSB, pode-se observar que a cobertura dos serviços na atenção básica ainda é baixa no contexto nacional, um fato considerável diante das necessidades acumuladas historicamente pela população brasileira. Diante disso, emerge imediatamente um questionamento: as ações e serviços da PNSB têm alcançado as pessoas que mais precisam? Se a Atenção Básica deve ser a 'porta de entrada' do sistema de saúde, eis um grande desafio para as Equipes de Saúde Bucal (ESBs), que precisam organizá-la pautando-se também pela equidade.

Num país classificado pelo Relatório de Desenvolvimento Humano da ONU como sendo o 3º país de maior desigualdade social do mundo no ano de 2010, promover o acesso a quem mais precisa talvez seja o maior imperativo ético e humano de qualquer política pública neste País (PNUD, 2010).

O objetivo deste estudo foi conhecer como as ESBs de um município do estado da Bahia estavam organizando a oferta dos serviços de saúde bucal na ESF no ano de 2011.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevistas semiestruturadas aplicadas a alguns integrantes das Equipes de Saúde da Família de um Município do estado da Bahia com aproximadamente 163.449 habitantes (IBGE, 2012), cujo serviço de saúde dispõe de nove Equipes de Saúde Bucal (ESBs) Modalidade I – Cirurgião-dentista e Auxiliar de Saúde Bucal – inseridas na ESF e cinco Cirurgiões-dentistas concursados atuando em ambulatório de atendimento a urgências. A cobertura populacional de saúde bucal na ESF no ano de 2011 era de 19% (BRASIL, 2012).

Diante desse cenário, o critério adotado para seleção dos sujeitos da pesquisa foi possuir experiência relacionada ao objeto de estudo no contexto do serviço de saúde, incluindo os diferentes olhares (MINAYO, 2008) propiciados pelas posições de cada entrevistado na Estratégia de Saúde da Família. Assim, participaram do trabalho três Cirurgiões-dentistas (CDs), três Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e seis usuários provenientes de três Unidades de Saúde da Família (USFs) do referido município. Ressalta-se que o tamanho da amostra considerou o critério de saturação preconizado por Minayo (2008).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia (CEP/IMES) da Faculdade de Tecnologia e Ciência, e autorizado pela Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde, a qual elencou as USFs possíveis para o estudo, já que o Município atravessava um momento de transição de substituição de CDs contratados por concursados.

Após esses procedimentos, realizaram-se as entrevistas – áudio-gravadas e posteriormente transcritas – com os doze sujeitos da pesquisa em suas respectivas USFs. O material resultante foi submetido à técnica de análise de conteúdo preconizada por Bardin (1979), tendo nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2013) o horizonte teórico para interpretação.

A partir da leitura do material transcrito, foram construídas três categorias de análise: (1) marcação da primeira consulta odontológica; (2) participação da

comunidade usuária na organização dos serviços de saúde bucal; e (3) acessibilidade ao serviço de saúde bucal.

As respostas foram selecionadas e transcritas na discussão, preservando-se a identificação de todos os sujeitos participantes, caracterizados por letras e números, a fim de contemplar as diferenciações necessárias. Convencionou-se, então, identificar pela sigla CD os depoimentos advindos de Cirurgiões-dentistas, pela sigla ACS aqueles procedentes de Agentes Comunitários de Saúde e pela sigla US aqueles que partiram dos Usuários.

Resultados e discussão

A MARCAÇÃO DA PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA

Quando proposto pelo Ministério da Saúde, o indicador de cobertura da primeira consulta odontológica programática deveria representar o percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica realizada com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, com elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT) para atender às necessidades detectadas (BRASIL, 2006).

Quando os usuários e agentes comunitários de saúde foram questionados sobre como são organizadas, distribuídas, as vagas para tratamento odontológico – oferta da primeira consulta odontológica –, encontrou-se:

US1, US2, US5, US6 – todos responderam que foram até a Unidade para marcar a primeira consulta.

ACS 1 – [...] De rotina, o paciente vem até a unidade.

ACS 2 – [...] Com o antigo dentista, eram de dois a três por agente de saúde, com o novo dentista, ele manda trazer e avalia o caso, está bem melhor [...]

ACS 3 – [...] São marcados quinta-feira pela manhã na Unidade [...] a CD marca de acordo com a agenda dela.

O procedimento para a marcação da primeira consulta odontológica mostrou-se variável entre as USFs, sendo possível identificar a predominância dessa marcação pelo atendimento da demanda espontânea e quase ausência da oferta organizada de serviços, defendida pelo modelo de Vigilância da Saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

A fala do CD2 revela uma preocupação no sentido de se priorizarem os atendimentos:

CD2 – [...] Todo começo de mês, abrem-se vagas e encaminhamos para o andamento do mês. No primeiro dia, faz triagem e os pacientes já saem com a data de volta. As prioridades são as urgências e necessidades do paciente. Essa forma de organização é protocolo da secretaria de saúde do Município.

Aparece aqui uma diretriz da gestão no sentido de se fazer uma ‘triagem’ com base nos achados clínicos para a identificação de prioridades. Mas será que esse procedimento pode ser caracterizado como estratégia para a organização da oferta da primeira consulta, conforme prevê o modelo de Vigilância da Saúde?

A necessidade de se identificarem pessoas ou grupos de risco permite que o serviço de saúde estabeleça critérios para priorizar o atendimento de acordo com o agravo à saúde ou grau de sofrimento. A adoção desse critério deve ser baseada nas necessidades da população a partir de levantamentos epidemiológicos das áreas de abrangência das unidades de saúde de forma equânime e universal, devendo a comunidade participar ativamente por meio dos conselhos de saúde municipais (BRASIL, 2006).

Para Pereira (2002), o conhecimento da existência de maior risco para alguns indivíduos ou segmentos da população é utilizado pelos profissionais de saúde, sendo conhecido como enfoque de risco. Os fatores de risco podem se relacionar às características individuais ou

ambientais e associar-se diretamente à maior ou menor possibilidade de adoecer.

O conhecimento do território e da população, bem como da dinâmica familiar e social deve fazer parte da rotina de trabalho das Equipes de Saúde da Família e trazem dados importantes para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações. Compõem essa rotina de trabalho o mapeamento da área de abrangência (realização e atualização) com identificação das áreas de risco, a identificação de pessoas e famílias em situação de risco e vulnerabilidade, o cadastramento das famílias e a atualização das informações (BRASIL, 2006).

Diante disso, a 'triagem' que orienta a marcação da primeira consulta odontológica, citada pelo CD2, a partir do exame clínico de usuários que buscam a USF, limita-se a uma análise individual e a partir de uma demanda espontânea, não se constituindo, portanto, numa estratégia que possibilite identificar pessoas e grupos da área de abrangência expostas ao maior risco e vulnerabilidade. O atendimento à demanda espontânea é importante e necessário, mas não deve se constituir como fio condutor na organização dos serviços de saúde, sob pena de não se avançar na mudança do modelo de atenção, persistindo-se nas práticas com foco na doença.

Para Souza e Roncalli (2007), o cumprimento de princípios do SUS, tais como a universalidade e a equidade, requer das ESBs o conhecimento da realidade local e da comunidade adscrita. Daí a necessidade de se organizarem ações valendo-se de estratégias de programação que utilizem critérios para a priorização da população mais necessitada.

Carnut *et al.* (2011) propuseram um Índice de Necessidade de Atenção à Saúde Bucal (INASB) que utiliza informações da ficha A, podendo contribuir como instrumento de programação para ESBs ao permitir também a aproximação com as condições sociais das famílias.

Ainda sobre a primeira consulta odontológica, outras propostas emergiram:

CD1 – [...] Segunda idoso, terça pacientes especiais, diabéticos, hipertensos, quarta as crianças [...] Os agentes comunitários raramente trazem pacientes [...] antigamente os agentes (ACS) podiam trazer cinco pacientes, mas nem todos

eram atendidos e gerava muita confusão [...] O dentista anterior foi quem organizou desse jeito e eu dei continuidade.

Essa resposta revela a iniciativa de organização da oferta da primeira consulta odontológica a partir das linhas do cuidado, unificando-se a porta de entrada com o serviço médico e de enfermagem como recomendado pelas diretrizes da PNSB (BRASIL, 2006). Ou seja, é sinalizado aqui um trabalho mais articulado entre a ESB e a Equipe de Saúde da Família na direção à integralidade da atenção. No entanto, é pertinente lembrar a ressalva apontada na Portaria 2488/2011, no sentido de não se transformarem essas linhas de cuidado em novas barreiras de acesso (BRASIL, 2011). Em outras palavras, há que se ter um equilíbrio entre as atividades para grupos de risco e demandas por assistência individual, pois usuários que não fazem parte desses grupos se sentem menos 'privilegiados', como aponta estudo de Cunha e Vieira-da-Silva (2010).

Essa postura, aparentemente desvinculada de reflexão da prática vigente ou mesmo daquela sugerida pela gestão de saúde bucal, pode ser observada quando o CD1 conclui dizendo que: “[...] *O dentista anterior foi quem organizou desse jeito e eu dei continuidade [...]*”.

Finalizando essa categoria:

CD3 – [...] Marcação toda quinta, mais ou menos 35 pacientes. É a própria unidade que faz essa organização, e minha secretária controla agenda.

Caberia perguntar, primeiramente, de que 'secretária' se trata, visto que essa categoria profissional não consta nem da equipe mínima, nem da equipe ampliada (BRASIL, 2011).

“[...] *É a própria unidade que faz essa organização, e minha secretária controla agenda*”. Esse fragmento indica o distanciamento desse profissional com os propósitos da ESF, indo ao encontro de alguns achados de Chaves e Silva (2007) que constata a lógica dominante do setor privado sobre o setor público; talvez isso explique sobre 'a secretária' nesse discurso. Estas autoras consideram, ainda, que para o trabalho neste campo, são necessárias

competências adicionais ao que comumente se denomina 'perfil' para se trabalhar na esfera pública. Este fragmento denuncia a falta de competência no campo das tecnologias das relações para o estabelecimento de vínculo com a comunidade adscrita, dificultando a prática do acolhimento. A ausência do acolhimento interfere na garantia do acesso e na priorização do atendimento (COELHO; BESSA JORGE, 2009).

A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

Todos os sujeitos da pesquisa foram questionados sobre a existência da participação da comunidade nas decisões sobre a organização e distribuição das vagas para tratamento odontológico. Obtiveram-se como respostas as seguintes falas:

US (todos) – Não sei.

ACS1 – [...] Houve várias reuniões decidindo que a melhor forma de organizar é o usuário vir até o posto. Não houve participação da comunidade.

ACS2 – A comunidade nunca participou. Agora tem reuniões com os agentes comunitários e a parte odontológica. Os ACS representam os usuários.

ACS3 – Eu nunca participei, mas creio que já tenha tido [...]

CD2 – São os dentistas e ACS que organizam e distribuem.

As falas acima permitem inferir que a comunidade não tem participado nas decisões tomadas nas USFs no que se refere à organização da oferta dos serviços de saúde bucal na ESF.

Chama à atenção o fato de o ACS2 mencionar que os usuários são 'representados' pelos Agentes Comunitários de Saúde, desconsiderando o aporte legal que sustenta a participação social no SUS, com a definição dos segmentos de trabalhadores, usuários, prestadores e gestores.

A participação popular ou o controle social, um dos princípios norteadores do SUS, se ampara na Lei Federal 8.142/90, que instituiu os Conselhos e Conferências de Saúde, e, posteriormente, na Resolução 333 de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2003). Atualmente, as instâncias de participação podem se capilarizar até o nível dos Conselhos Locais de Saúde, sendo possível a existência de Unidades de Saúde, com seu respectivo Conselho, como um espaço de participação da comunidade que realmente utiliza o serviço.

No entanto, neste mesmo País das grandes desigualdades sociais, a participação popular, não por acaso, é muitas vezes fraca e desarticulada. Bastos *et al.* (2009) lembram que a formação do Estado brasileiro precedeu à formação da própria sociedade como entidade anterior forte e robusta, tendo distribuído recursos e serviços de maneira desigual, bem como espaços de poder privilegiado aos grupos dominantes. Essa configuração estatal, resultante de um modelo de colonização de exploração, opera de modo relativamente independente de uma sociedade fragmentada.

Nesse sentido, Roncalli (2000) ressalta que a introdução do controle social foi vista com muito ceticismo por uma boa parte dos profissionais de saúde coletiva, pois consideravam a população brasileira despreparada em termos de consciência política, permitindo práticas clientelistas.

De fato, os trabalhadores do SUS entrevistados neste estudo parecem 'não acreditar' no Controle Social, tomando as decisões apenas entre os profissionais envolvidos e deixando de fora a comunidade, como explícito na fala do CD2.

Diante disso, cabe perguntar em que cenário se pode praticar a promoção da saúde.

A carta de Ottawa defende a promoção da saúde como empoderamento da comunidade, tanto para identificar como para enfrentar as condições associadas ao processo saúde-doença (WESTPHAL, 2006).

O empoderamento da comunidade também deve ser objeto de trabalho da ESF, indo além do desenvolvimento das habilidades individuais para o autocuidado – como proposto num dos campos de ação da Promoção de Saúde –, avançando para o empoderamento político no sentido do fortalecimento da 'consciência política',

essencial para a construção das Políticas Públicas Saudáveis, rumo à superação dos contextos desfavoráveis à vida.

A participação dos usuários nas decisões tomadas pelo serviço de saúde não se refere ‘apenas’ à luta pelo direito individual à assistência. Muito mais do que isso, tem o potencial de traçar os horizontes sobre a própria consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

ACESSIBILIDADE AO SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL

No campo da avaliação dos serviços de saúde, a acessibilidade pode ser definida como as características do serviço que permitem mais fácil utilização pelos usuários (UNGLERT, 1995). Seu autor propõe que a acessibilidade seja considerada em três dimensões: acesso geográfico, acesso econômico e acesso funcional. Para este estudo, chamaram atenção as interferências negativas – as barreiras – sobre o acesso funcional. Ou seja, aqueles aspectos de funcionamento dos serviços de saúde que interferem em sua plena utilização.

Ao serem questionados sobre os problemas e dificuldades em relação ao acesso à primeira consulta odontológica, emergiram as seguintes respostas:

US1 – [...] às vezes o aparelho está quebrado e as pessoas que estavam marcadas vão ficando para outro dia.

ACS2 – [...] Equipamentos quebrados e falta de material.

CD1 – [...] Quando o compressor quebra, aí para tudo [...] o paciente que está em tratamento atrasa, e o que está na fila para primeira consulta precisa esperar mais [...] precisava mudar algumas coisas; tem material para trabalhar, mas faltam instrumentais.

Percebe-se nas falas acima que a falta de materiais, instrumental e manutenção de equipamentos constituem-se barreiras organizacionais, aumentando o tempo de espera para o atendimento e agravando a demanda reprimida existente:

ACS 1 – [...] mas a demanda é muita para pouca vaga.

US 2 – [...] muita gente procura tratamento odontológico para poucas vagas.

US 3 – [...] muitas pessoas procurando pelo atendimento, aí nem sempre consegue atendimento.

A situação retratada é coerente com os números sobre a cobertura de serviços de saúde bucal na ESF desse Município, que alcança apenas 20,3% da população (BRASIL, 2012).

Diante do exposto, além da ampliação da cobertura, recomenda-se que o Município adotado como campo deste estudo utilize o arsenal metodológico do levantamento epidemiológico para a identificação dos grupos e indivíduos vulneráveis ao risco e discuta os achados junto à comunidade, fomentado a participação social, inclusive no que tange à melhoria do acesso ao serviço de saúde, e permitindo, assim, o empoderamento desse grupo e a adoção da universalidade e equidade como princípio fundamental à organização do acesso aos serviços de saúde bucal.

Considerações finais

Sobre a organização da oferta dos serviços de saúde bucal na ESF no Município estudado, foi possível verificar a existência de heterogeneidade quanto às condutas das ESBs, predominando a triagem dos usuários que buscam pelo serviço, numa maior aproximação do atendimento tradicional da demanda espontânea.

Não foi possível perceber a participação da comunidade na organização da oferta dos serviços prestados pelas ESBs, revelando a fragilidade do Controle Social.

Quanto à acessibilidade aos serviços de saúde bucal na ESF, foi possível detectar barreiras funcionais pela falta de materiais e de manutenção de equipamentos, comprometendo a plena utilização da capacidade instalada dos serviços existentes. ■

Referências

- ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v.44, n.2, p.360-365, 2010.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BASTOS, F.A.; SANTOS, E.; TOVO, M.F. Capital social e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v.18, n.2, p.177-188, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 333, de 04 de novembro de 2003. Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 4 de dezembro de 2003. Seção 1, p.57.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sala de situação em saúde*. Ações de saúde. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage>>. Acesso em: 17 jul. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp?VEstado=29&VMun=291920&VComp=201104>. Acesso em: 14 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasil, 2004. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.
- _____. *Primeiros resultados do Projeto SBBrazil são anunciados pelo Ministério da Saúde*. Disponível em: <<http://www.sbbrazil2010.org>>. Acesso em: 14 jun. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. *Cadernos de atenção básica nº17: Saúde Bucal*: Ministério da Saúde, 2006. p.21-24.
- BRASIL. Portaria GM/MS nº2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 21 out. 2011.
- CARNUT, L. et al. Validação inicial de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.16, n.7, p.3083-3091, 2011.
- CHAVES, S.C.L.; DA SILVA, L.M.V. As práticas profissionais no campo público de atenção à saúde bucal: o caso de dois municípios da Bahia. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.12, n.6, p.1697-1710, 2007.
- COELHO, M.O.; BESSA JORGE, M.S. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, supl.1, p.1523-1531, 2009.
- CUNHA, A.B.O.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cadernos de Saúde Pública*, v.26, n.4, p.725-737, 2010.
- DE SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: Uma Avaliação do modelo assistencial. *Cadernos de Saúde Pública*, v.23, n.11, p.2727-2739, 2007.
- FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em Debate*, v.33, p.64-71, 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo 2010: cidades*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 17 jul. 2012.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- PEREIRA, M.G. Serviços de Saúde. In: PEREIRA, M.G. *Epidemiologia: teoria e prática*. 6. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2002. cap. 23, p.513-537.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Relatório de desenvolvimento humano 2010*. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/chapters/pt/>>. Acesso em: 14 jun. 2011.
- RONCALLI, A.G. *Organização da Demanda em Serviços Públicos de Saúde Bucal*: universalidade equidade e integralidade em saúde bucal. 2000. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita, Araçatuba, 2000.
- TEXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v.8, n.2, p.7-28, 1998.
- UNGLERT, C.V.S. Territorialização em sistemas de saúde. In:

MENDES, E.V. (Org.). *Distrito Sanitário*. São Paulo: Editora Hucitec. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p.221-235.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. *In: CAMPOS et al. Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: HUCITEC, 2006. cap.19, p.635-668.

Recebido para publicação em agosto de 2013

Versão final em dezembro de 2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

Testagem anti-HIV: indagações sobre a expansão da oferta sob a perspectiva do acesso e da construção da demanda

The HIV diagnosis: questions about the supply broadening from the perspectives of access and demand construction

Neide Emy Kurokawa e Silva¹, Luzia Aparecida Oliveira², Leyla Gomes Sancho³

¹ Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora Adjunta do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. neks@uol.com.br

² Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Assistente Social do Serviço Ambulatorial Especializado em DST/AIDS Marcos Lottemberg, Prefeitura do Município de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil. luzia.ao@uol.com.br

³ Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora Adjunta do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. lsancho@uol.com.br

RESUMO: Reconhecendo a relevância do incremento na oferta de testagem anti-HIV, problematiza-se a concepção de oferta à luz dos conceitos de acesso e demanda. O mero foco na oferta da testagem mostra-se insuficiente frente à complexidade e dinamicidade do processo, desde a identificação da sua necessidade até a realização do teste e seus possíveis desdobramentos, incluindo o tratamento. Ademais, o modelo de campanha para incentivo à testagem não se coaduna com proposições que valorizem o protagonismo social dos cidadãos nem atendam às especificidades da disseminação da epidemia de AIDS. Postula-se a importância de desenvolver estudos que focalizem mais detidamente a demanda por testagem anti-HIV.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome da imunodeficiência adquirida; Diagnóstico HIV; Acesso; Necessidades e demandas de serviços de saúde.

ABSTRACT: *Despite the relevance of the supply increase in anti-HIV testing, this article raises the problem behind the conception of supply in light of the concepts of access and demand. The supply of tests is in itself insufficient to handle the complexity and the dynamicity of a process that involves since the identification of its needs till the carrying out of the tests and their possible results, including the treatment. Furthermore, the campaign model designed to publicize testing is not consistent with the propositions that take into account the social role of individuals. This article brings to attention the importance of developing studies that focus on the demand for anti-HIV testing.*

KEYWORDS: *Acquired immunodeficiency syndrome; HIV diagnose; Access; Health services needs and demand.*

Introdução

DO DIAGNÓSTICO TARDIO AO INÍCIO TARDIO DO TRATAMENTO DE AIDS: CONSIDERAÇÕES SOBRE O FOCO NA OFERTA DE TESTAGEM ANTI-HIV

Dentre os componentes que caracterizam a chamada ‘resposta brasileira à epidemia de AIDS’, destaca-se o investimento programático, tanto nas ações de prevenção ao HIV – como a distribuição de insumos de prevenção – como no tratamento de AIDS – especialmente por meio da política relativa à distribuição gratuita dos medicamentos antirretrovirais.

Um dos desafios a essa resposta, a despeito da disponibilização universal de serviços e dos medicamentos no Brasil, tem sido o início tardio do tratamento, ou seja, um número expressivo de pacientes apresenta contagem de células CD4 < 200 ou manifestações clínicas sugestivas de AIDS antes de seis meses da primeira consulta, o que pode comprometer sobremaneira o prognóstico e qualidade de vida dessas pessoas (SOUZA JUNIOR *et al.*, 2006; FERNANDES *et al.*, 2009).

O Relatório da UNGASS 2005-2007 (Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas) acerca da resposta brasileira ao HIV/AIDS indicava que, entre 2003 e 2006, 43,7% das pessoas chegavam aos serviços de saúde já apresentando deficiência imunológica grave ou quadro clínico associado à AIDS (BRASIL, 2008b).

O diagnóstico tardio tem sido apontado como um dos principais fatores de risco para o início tardio de tratamento, cujos corolários são o desconhecimento do paciente quanto ao risco de infecção pelo HIV e a dificuldade de acesso à realização da testagem, conforme descrito por FERNANDES *et al.* (2009) a partir de estudos internacionais.

Além da preocupação com o adoecimento e risco de morte da pessoa infectada pelo HIV, postula-se que uma maior cobertura da testagem possibilitaria a interrupção da cadeia de transmissão do vírus a partir do pressuposto que a ciência do resultado reagente implicaria ações preventivas (GAY; NAPRAVNIK; ERON JUNIOR, 2006).

Os primeiros testes anti-HIV no Brasil eram disponibilizados nos serviços de saúde voltados ao

tratamento de pessoas vivendo com HIV por meio de serviços particulares. Motivados pelo aumento do número de casos e pelo forte preconceito associado à doença, os municípios de Porto Alegre e São Paulo foram pioneiros na criação dos então chamados Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), em 1989, expandindo-se posteriormente para o resto do País.

Em 1993, o Ministério da Saúde publicou documento intitulado “Normas de Organização e Funcionamento dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS)”, preconizando, dentre outras recomendações, a realização do diagnóstico precoce de pessoas infectadas e de seus parceiros, a absorção de pessoas que procuravam os bancos de sangue para a realização do diagnóstico, além da oferta do aconselhamento, do preservativo e de informações apropriadas e cientificamente embasadas.

Visando à garantia de maior aporte emocional aos indivíduos que procuram os COAS, estes passaram a incorporar o trabalho de aconselhamento, justificando a mudança da denominação, em 1997, para Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Nesse período, as mudanças na dinâmica da epidemia, tais como o crescimento do número de casos entre heterossexuais, mulheres e população de baixa renda; a descoberta de novos medicamentos para o tratamento da AIDS e a possibilidade de prevenir a transmissão vertical do HIV; e a consolidação do Sistema Único de Saúde, fundamentado na atenção primária e na descentralização da política de saúde, impuseram novas modificações na oferta do teste anti-HIV. A possibilidade de prevenir a transmissão vertical do HIV, por exemplo, ampliou a oferta da testagem para os serviços de atenção à saúde pré-natal.

Ao lado do novo cenário, convivía-se com a manutenção das altas taxas de prevalência da doença entre os grupos sociais historicamente afetados pela epidemia, como homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas e profissionais do sexo, cabendo aos CTAs incorporar tanto a universalização do diagnóstico do HIV quanto garantir a equidade no acesso aos serviços das populações mais vulneráveis.

Diante desse quadro, no Brasil, têm-se privilegiado estratégias visando a ampliar a cobertura da

testagem anti-HIV por meio do investimento na capacidade dos CTAs, do recurso ao teste rápido para detecção da infecção pelo HIV e do investimento em campanhas dirigidas à população em geral, como o 'Fique Sabendo' ou o 'Quero Fazer'. Especialmente em relação aos CTAs, o Brasil, segundo estudo publicado em 2008, conta com 383 unidades cujas implantações nas diferentes regiões do país seguiram a evolução da epidemia (BRASIL, 2008a).

Não obstante a relevância dessas iniciativas, indaga-se a ênfase em estratégias ancoradas, sobretudo, na preocupação com a oferta de recursos e serviços, a partir do pressuposto que a população não estaria sendo testada por desconhecer ou não contar com esses serviços.

Até o momento, não se dispõe de estudos que examinem mais detida e especificamente as iniciativas de expansão da testagem, mas investigação conduzida pelo Ministério da Saúde-CEBRAP mostra que cerca de 30% da população brasileira sexualmente ativa havia realizado ao menos um anti-HIV na vida. Mesmo considerando que a cobertura desejável seja próxima de 100%, estes autores julgaram relativamente elevada a proporção de brasileiros que relatou ter sido testada (FRANÇA JUNIOR; CALAZANS; ZUCCHI, 2008).

Em relação a grupos específicos, a proporção de homens que fazem sexo com homens, por exemplo, é maior do que a de homens que fazem sexo exclusivamente com mulheres (33% e 21%, respectivamente). O Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre Gays, Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis registra que esses índices, entretanto, são inferiores a outros países que promoveram estratégias de acesso universal ao diagnóstico e ao tratamento (BRASIL, 2007), reportando o problema na cobertura da testagem como sendo consequência da dificuldade no acesso a serviços de saúde.

Essa é uma noção que tem permeado os discursos sobre início tardio do tratamento, justificando-o como consequência de diagnóstico tardio motivado por problemas no acesso; este, por sua vez, traduzido exclusiva ou privilegiadamente como problemas na oferta de serviços e na disponibilização do teste anti-HIV.

Compartilha-se a importância de mitigar os impactos adversos decorrentes do início tardio do

tratamento; no entanto, destaca-se a necessidade de ampliar o escopo das análises e intervenções calcadas exclusivamente na lógica de que os indivíduos querem ser testados, bastando disponibilizar serviços que atendam a essa demanda.

Muitos contextos concorrem para que as pessoas tomem a iniciativa de ser testadas, iniciem e deem continuidade ao tratamento: entre a percepção da necessidade, a motivação para realizar o teste de HIV e a busca por tratamento transita uma rede de valores, temores, atores que pode comprometer os 'desfechos' esperados frente a resultados reagentes.

Nesse sentido, parece oportuno problematizar a centralidade da ampliação ou expansão da oferta, resgatando e cotejando-a com referências conceituais sobre 'acesso', posto que, embora a oferta possa fazer parte do entendimento sobre acesso, os termos não se equivalem.

O conceito de acesso permite um exame mais abrangente, que extrapola o registro numérico de pessoas testadas em determinado espaço de tempo e geográfico, incluindo, dentre outros, a relação entre serviços de saúde e usuários e a própria construção da demanda, no caso, por testagem anti-HIV.

O objetivo do presente ensaio é discutir os distintos desdobramentos teóricos e práticos entre oferta de testagem e acesso à testagem anti-HIV, explorando a fecundidade conceitual deste último na compreensão do diagnóstico tardio de HIV.

Metodologia

Sem a pretensão de proceder a uma revisão dos trabalhos sobre o assunto, selecionaram-se publicações que contribuíssem para a problematização da ideia de oferta subjacente às estratégias de expansão da testagem anti-HIV. Não havendo resultados para termos como 'expansão' ou 'oferta' do teste anti-HIV, a busca nas bases Medline, Lilacs e SciELO pautou-se nos termos: 'acesso', 'teste', 'testagem' e 'HIV'.

Os trabalhos nacionais versando sobre o tema concentram-se no âmbito dos CTAs ou da atenção primária e suas capacidades de produção; perfil dos usuários; ou cobertura desse procedimento junto às gestantes, além

de considerações sobre o teste rápido (GRANGEIRO *et al.*, 2009a,b; SOUZA; CZERESNIA, 2010; VELOSO *et al.*, 2008, 2010; CARDOSO *et al.*, 2007; TELLES-DIAS *et al.*, 2007).

Apenas um dos estudos aproximou-se especificamente da temática da expansão da testagem (FRANÇA JUNIOR; CALAZANS; ZUCCHI, 2008), fornecendo o substrato inicial de informações a partir das quais se desenvolveu este artigo. O cotejamento com os outros estudos visou ressaltar elementos que propiciassem o exame das estratégias de ampliação da oferta de testagem à luz das perspectivas de acesso afinadas com a complexidade e multidimensionalidade do processo que envolve a identificação de necessidades, a construção da demanda e a oferta da atenção à saúde.

Nesse sentido, a análise do material baseou-se nos conceitos de acesso e de construção social da demanda com o objetivo de captar tal complexidade e multidimensionalidade a partir de tratamento interpretativo-compreensivo (MINAYO, 1993), tendo como eixo organizador o quadro conceitual da vulnerabilidade (AYRES *et al.*, 1999, 2003, 2006).

O conceito de acesso e suas múltiplas possibilidades de apreensão

Se, por um lado, a abrangência do conceito de acesso pode ser tomada como um obstáculo pela imprecisão do termo (ADAY; ANDERSEN, 1974) e dificuldade de apreendê-lo objetivamente, por outro, pode expressar as potencialidades dessa abrangência, permitindo extrapolar a simples dimensão da oferta de serviços – mesmo considerando que, a depender da abordagem, possa subsumir-se a este significado.

O recurso aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) já enuncia a extensão do termo, que indica desde a acessibilidade aos serviços e cuidados de saúde e a qualidade e avaliação do processo que envolve o acesso até a equidade no acesso, visando a oferecer alternativas para os indivíduos que teriam maior dificuldade em adentrar e utilizar os serviços de saúde.

Dentre as possibilidades de apreensão, o conceito de acesso pode focar as características dos indivíduos,

da oferta, de ambos ou a relação dos indivíduos com os serviços de saúde ou, ainda, tomado em sua dimensão de acessibilidade, evidenciar o ato de ingressar no sistema e o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

Vale ressaltar, entretanto, que a integração antecedida para as diferentes dimensões do acesso tende a ter caráter mecanicista, de ajustamento entre diferentes etapas do processo de utilização dos serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Este, por sua vez, estaria calcado na oferta de serviços e na otimização dessa oferta sob as lógicas de custo-benefício ou de custo-efetividade, que, de certo modo, excluiriam do processo os destinatários das intervenções, tratados como consumidores de serviço.

A ampliação da oferta de testagem tem sido desenvolvida por meio de campanhas que incentivam a sua realização, disponibilizando-a, inclusive, em locais com grande concentração de público, como ocorrido em 2012 no *Rock in Rio*, grande evento musical que reuniu milhares de pessoas, levando a indagar sobre a qualificação dessa oferta, ou seja, o quanto ela estaria sintonizada com as características da demanda por esse serviço ou mesmo com as reais chances de tratamento, tomando o acesso em sua perspectiva mais abrangente.

Registra-se que, de 1999 a 2005, a expansão da testagem atingiu principalmente pessoas com melhores condições sociais e mulheres em idade reprodutiva, adultas, estas últimas, possivelmente, em função da obrigatoriedade da sua oferta durante o pré-natal desde 1996. Questiona-se o caráter voluntário da testagem nesse contexto, além da necessidade de expansão proporcional na provisão de aconselhamento (FRANÇA JUNIOR; CALAZANS; ZUCCHI, 2008).

O aconselhamento, a despeito de suas contradições nas práticas de saúde envolvendo a realização da testagem (PUPO, 2007), grosso modo, é o espaço para que o indivíduo possa externar suas preocupações, obter informações, ser orientado por um profissional de saúde na avaliação de possíveis situações de vulnerabilidade à infecção pelo HIV para que tenha condições de decidir autonomamente sobre seu desejo e pertinência de realizar a testagem.

Ainda tomando o *Rock in Rio* como exemplo, quais as chances de realização de aconselhamento em condições de privacidade em um espaço como esse? Quais as consequências do recebimento de um resultado reagente nesse contexto? Quais as possibilidades de fazer a vigilância para eventuais casos reagentes?

Com uma proposta mais abrangente de acesso, Andersen (1995) incorpora o que denomina etapa de utilização de serviços, que seria mediada por *fatores pre-disponentes* existentes antes do surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição das pessoas para usar o serviço de saúde; *fatores capacitantes*, que seriam os meios disponíveis para que as pessoas recebessem cuidados de saúde; *necessidades de saúde*, como as condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde.

O autor postula dois elementos do acesso, que são o *acesso potencial*, que diz respeito a fatores individuais que limitam ou ampliam a capacidade de uso e o *acesso realizado*, que inclui os fatores predisponentes, as necessidades de saúde e o que chama de fatores contextuais, atinentes às políticas de saúde e à oferta de serviços.

Dessas proposições terminológicas, depreende-se a preocupação de vislumbrar as diferentes dimensões capazes de afetar as diferentes etapas, desde a demanda por um serviço de saúde até a oferta propriamente dita.

Penchansky e Thomaz (1981) também ampliam o âmbito da oferta, identificando dimensões que comporiam o conceito de acesso: *disponibilidade*, volume e tipo de serviços em relação às necessidades; *acessibilidade*, caracterizada pela adequação geográfica entre serviços de saúde e usuários; *acolhimento*, que focaliza o contato entre a organização dos serviços de saúde e a capacidade dos usuários de adaptar-se a essa organização; *capacidade de compra*, a respeito das formas de financiamento dos serviços e capacidade de as pessoas pagarem por esses serviços; *aceitabilidade*, que representa a atitude dos usuários e profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um.

Uma olhada inicial nas citadas abordagens sobre acesso permite problematizar o fato de que uma das ações estratégicas privilegiadas para o controle da epidemia de AIDS tem sido a expansão da testagem anti-HIV, ancorada em estratégias de campanhas publicitárias.

Estudos brasileiros sobre o tema indicam que o percentual de pessoas testadas acompanha uma tendência internacional e que há distinções no padrão de testagem em diferentes estratos da população, ilustradas pelo fato de a cobertura de testagem ser menor dentre os menos escolarizados, moradores de regiões mais pobres, de regiões não metropolitanas e pessoas de classes sociais menos favorecidas (FRANÇA JUNIOR; CALAZANS; ZUCCHI, 2008; SCHNEIDER *et al.*, 2008; BRASIL, 2008a).

As campanhas ou incentivo à realização da testagem anti-HIV nem sempre logram o sucesso esperado em alguns segmentos, mormente naqueles em que a incidência do HIV tem sido mais expressiva, a exemplo dos homens que fazem sexo com homens. Entretanto, não se pode afirmar que, por si só, o fato de estarem inseridos em certos grupos determinaria a busca ou recusa da testagem ou mesmo o início do tratamento, mas os contextos sociais e culturais que modelam as relações, os valores, os afetos e mesmo a noção de direitos entre os indivíduos.

Não estando as pessoas alheias ao risco de infecção pelo HIV nem desconhecendo os meios para realizar a testagem, o problema não pode ser tomado genericamente como uma questão de divulgação e de disponibilidade de insumos e serviços. O desafio parece residir na compreensão das necessidades desses grupos, conformadas como necessidades de saúde e, conseqüentemente, das possibilidades e limites para transformarem-se em demandas para os serviços de saúde.

Demanda por testagem anti-HIV como construção social

Inspirados na clássica conceituação de demanda como 'quantidade de bem ou serviço que as pessoas desejam consumir', os modelos explicativos sobre demandas no campo da saúde são comumente ancorados em referenciais da economia e do planejamento em saúde no campo da saúde. Nesse sentido, apoiam-se em uma estrutura de preferências ou de desejos de um consumidor (IUNES, 1995).

A despeito da banalização da expressão **construção social** (CAMARGO JUNIOR, 2005), parece pertinente recorrer a ela, no sentido de possibilitar uma apreensão das demandas em saúde de forma contextualizada e historicamente situada.

Ao propor uma estratégia de expansão da oferta de teste, deduz-se a identificação de necessidade de saúde, expressa tanto pela demanda dos usuários – que avaliam ter se engajado em alguma situação de risco, por exemplo, como pelas fontes tradicionais que embasam as ações de planejamento em saúde. O raciocínio lógico levaria a crer em um processo linear que culminaria no diagnóstico e tratamento precoces, evitando o adoecimento e possibilitando maior sobrevivência do indivíduo soropositivo para o HIV.

Tomar a demanda por testagem como uma construção social exige o cuidado em não torná-la mais um bordão genérico, esvaziado de referências conceituais (CAMARGO JUNIOR, 2005).

No tema em pauta, um primeiro aspecto decorrente dessa exigência diz respeito à compreensão das desigualdades no perfil da população que busca a testagem ou, sob outro prisma, daqueles que não conseguem acessá-la.

Num polo, privilegiam-se as características e capacidades individuais que subsumiriam a iniciativa de realizar a testagem a uma questão de ‘opção’ pessoal. Tal perspectiva costuma coadunar-se com a premissa que, de posse de informações adequadas, os indivíduos seriam ‘conscientizados’ da importância de realizar a testagem. Sob a mesma lógica, as pessoas que, mesmo tendo justificativas para realizar a testagem não o fazem, seriam consideradas culpadas pelo fato de se exporem ao adoecimento e, conseqüentemente, expõem outros ao risco de infecção.

Os estudos e práticas no campo da AIDS têm protagonizado a crítica às abordagens que imputam a responsabilidade pela infecção ou transmissão do HIV aos indivíduos, e o conceito de vulnerabilidade vem justamente incorporar ativamente outras dimensões da epidemia que concorrem para suscetibilizar ou proteger as pessoas e populações contra o HIV (AYRES *et al.*, 1999, 2003, 2006). Paralelamente à *dimensão individual*, que envolve as capacidades e fragilidades das pessoas

nas possibilidades de prevenção, incluindo crenças, valores, interesses e redes e suportes sociais, destacam-se a *dimensão programática* – concernente às ações institucionais para o controle da epidemia, compromissos políticos dos governos e definição de políticas específicas – e a *dimensão social*, na qual se ressaltam as normas sociais, relações de gênero, raça/etnia, normas e crenças religiosas, dentre outras (AYRES *et al.*, 2006).

Nesse sentido, a realização da testagem não estaria afeta à vontade dos indivíduos ou à sua disponibilização, mas envolveria uma miríade de situações que culminariam nessa iniciativa, bem como nas etapas subseqüentes de busca e adesão por tratamento.

No bojo da articulação entre as dimensões programática e social, outra abordagem possível para a desigualdade no acesso pode seguir o debate sobre equidade na atenção à saúde.

No cenário do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos desafios à noção de acesso diz respeito ao seu berço, que é o planejamento em saúde, especialmente no tocante à lógica econômica, visando ao equilíbrio na relação entre demanda e oferta, ou seja, informada pela racionalidade mercadológica (JESUS; ASSIS, 2010).

Para fazerem face a esse paradoxo que envolve a equidade no acesso à saúde e a lógica economicista, têm sido propostos dispositivos tecnológicos capazes de superar as adversidades impostas pelo modelo neoliberal. Um deles seria a realização de inquéritos epidemiológicos em saúde, que permitiriam identificar, além da disponibilidade de serviços e recursos, a acessibilidade, a acomodação ou adequação funcional dos serviços, a capacidade financeira e a aceitabilidade dos usuários. Em outros termos, os inquéritos de saúde possuiriam uma ‘ação demandante’ sobre os serviços, captando necessidades não explicitadas pelos usuários, nomeadas como necessidades invisíveis (JESUS; ASSIS, 2010).

Não cabe, aqui, problematizar a ideia de necessidades invisíveis, que, de certo modo, choca com a dinamicidade que se pretende tomar por meio das noções de acesso e de construção social da demanda, já que elas não seriam preexistentes e já conformadas, à espera de uma intervenção, mas parece adequado incorporar a voz daqueles sujeitos que não acessaram a testagem, a

partir das barreiras pessoais, programáticas e sociais que se interporiam à sua realização.

O segundo aspecto que a ideia de construção social da demanda apresenta diz respeito às finalidades da ênfase na ampliação da testagem que apostam nos procedimentos técnicos, visando tanto ao controle da cadeia de transmissão do HIV como ao tratamento precoce, a fim de evitar o adoecimento do indivíduo.

A ênfase nas finalidades técnicas é caudatária da sua identificação com a dimensão biomédica da atenção à saúde, fundada em critério normativo de êxito que visa ao controle de riscos, à correção de uma disfunção ou dismorfia ou ao restabelecimento de um bem-estar físico ou psíquico (AYRES, 2001). Nessa concepção, a antevisão do controle técnico sobrepõe-se às perspectivas e obstáculos práticos, concernentes “às aspirações cotidianas dos usuários dos serviços, relacionadas à saúde, mas também e especialmente à vida de forma mais ampla, ao bem viver de modo geral” (OLIVEIRA *et al.*; AYRES, 2005, p.691).

É quase ‘automática’ a associação entre oferta de testagem e utilização desse recurso pela população dados os possíveis benefícios que isso acarretaria sob os pontos de vista da prevenção e do tratamento, como discutido por Ayres:

Quando pensamos na assistência à saúde, vemos de imediato à mente a aplicação de tecnologias para o bem estar físico e mental das pessoas. Em geral a formulação é simples: a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais de saúde aplicam esses saberes e instrumentos e produz-se a saúde. Precisamos considerar que a direção inversa também é verdadeira: que o modo como aplicamos e construímos tecnologias e conhecimentos científicos determina limites para o que podemos enxergar como necessidades de intervenção em saúde. (AYRES, 2004, p.84).

O autor prossegue, chamando a atenção para o fato que o modo como as tecnologias e conhecimentos

científicos são construídos pode afetar nossa capacidade de compreensão das necessidades de saúde:

Precisamos ter claro também que nem tudo que é importante para o bem estar pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico. E por fim, mas fundamental, precisamos estar atentos para o fato de que nunca, quando assistimos à saúde de outras pessoas, mesmo estando na condição de profissionais, nossa presença na frente do outro se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos. Somos sempre alguém que, percebamos ou não, está respondendo a perguntas do tipo: “O que é bom pra mim?”, “Como devo ser?”, “Como pode ser a vida?” (AYRES, 2004, p.84).

Ainda que a aspiração ao êxito técnico seja preponderante nas práticas de saúde, levando, muitas vezes, à priorização incontestada do controle da doença, a despeito das aspirações e dos horizontes e significados do bem viver das pessoas, parece apropriado, no caso da testagem anti-HIV, que esse procedimento seja tomado no contexto dessas aspirações e horizontes.

A reflexão do autor pode referenciar o debate sobre o modo como a questão da testagem anti-HIV vem sendo tratada: ainda que a ampla oferta possa ser interpretada como modo de disseminar esse serviço à população geral, subjaz no seu *modus operandi* a identificação com as campanhas, de ímpeto sanitarista, passando ao largo dos contextos particulares e das aspirações cotidianas que propiciariam, ou não, a realização do diagnóstico sorológico.

Após situar-se a noção de ampliação do diagnóstico no escopo dos conceitos de acesso e de demanda como construção social, torna-se oportuno pontuar dois aspectos diretamente afetados ao objeto do estudo, relativos às relações estabelecidas entre indivíduos e populações e às ações de saúde, especialmente a oferta de testagem anti-HIV e o papel do Aconselhamento nessa oferta, considerando que, originalmente, essa atenção era inerente à testagem em si.

Das campanhas à problematização da testagem anti-HIV

A despeito do pioneirismo das políticas voltadas para atenção à AIDS no País, que privilegiam o protagonismo e participação sociais em estreita consonância com os princípios do SUS, incluindo a integralidade da atenção, a proposta de expansão da oferta de testagem parece reproduzir os modelos das campanhas, inclusive voltando-se para a responsabilização do indivíduo na decisão de realizar o teste.

Ainda que o impacto da imagem do homem ‘carregando um piano’, que serviu de mote para uma das campanhas, possa ter feito com que as pessoas tenham se identificado com o ‘peso’ da incerteza de estar infectado pelo HIV, não se sabe o quanto esse peso propiciou a busca efetiva pela testagem.

A incitação à realização do teste, ainda que mais atenuada que os moldes compulsórios das históricas campanhas sanitárias, assemelha-se a elas, mas, desta feita, travestida como propaganda que não impõe, mas busca ‘seduzir’ o indivíduo para que procure um serviço de saúde, a fim de fazer o exame.

A distinção entre sujeitos-consumidores de serviços e sujeitos-cidadãos vem sendo apontada por Paiva (2002) tanto no trabalho de prevenção como no cuidado à saúde no contexto do HIV. A autora alerta para a diferença entre oferecer um produto pronto para o consumo e as possibilidades de construção conjunta desse produto, a partir da interação entre os agentes – usuários e profissionais de saúde – e de tematizar e problematizar, no caso, a realização ou não da testagem.

Um dos espaços privilegiados para essa problematização tem sido o chamado aconselhamento sorológico, que, como já dito, é alvo de intensos debates

tanto em relação à sua consistência conceitual como à qualidade de sua prática (PUPO, 2007; GRANGEIRO *et al.*, 2009).

Em que pese esse debate, parece certo que espaços como o aconselhamento sorológico não só devem ser qualificados como, sobretudo, deve-se incentivar a criação de novas estratégias que possibilitem a reflexão e explicitação das possibilidades e limites à realização da testagem.

Sob as proposições do referencial da vulnerabilidade, foi possível, de certo modo, rever os discursos e práticas em torno dos chamados grupos e comportamentos de risco, flagrantemente equívocos que impregnaram o discurso epidemiológico com vieses morais. Sob uma perspectiva distinta e mais cuidadosa, apontam-se as ‘epidemias concentradas’, tais como as apresentadas no trabalho de Barbosa Junior *et al.* (2009). Assim, ainda que a epidemia esteja concentrada, por exemplo, em grupos de profissionais do sexo, as ações não precisariam ser exclusivamente focalizadas nessa população, recorrendo-se a outros elementos-chave, como os clientes desses profissionais do sexo.

Aliada à inovação de estratégias que possam ir ao encontro das necessidades da população, parece pertinente, diante da carência de estudos específicos sobre o assunto no Brasil, a condução de investigações que propiciem o aprofundamento da compreensão da construção da demanda por testagem anti-HIV, numa perspectiva contextualizada social e culturalmente, aberta a alternativas teóricas e metodológicas. As possíveis barreiras que dificultam a realização da testagem anti-HIV, quem sabe, coincidem com aquelas que levariam as pessoas já diagnosticadas a buscarem tardiamente o tratamento. ■

Referências

ADAY, L.A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, v.9, n.3, p.208-220, 1974.

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, v.36, p.1-10, 1995.

- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v.8, n.14, p.73-91, 2004.
- _____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.6, n.1, p.63-72, 2001.
- AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERENIA, D.; FREITAS, C.M. (Org). *Promoção da Saúde: conceitos e tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.117-139.
- _____. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p.375-418.
- _____. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: PARKER, R.; BARBOSA, R.M. (Orgs). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. São Paulo: Editora 34, 1999. p.49-71.
- BARBOSA JUNIOR, A. et al. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, n.4, p.727-737, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.
- _____. *UNGAS. Resposta Brasileira 2005-2007. Relatório de Progresso do País*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.
- _____. Plano Nacional de Enfrentamento da epidemia de AIDS e das DST entre Gays, HSH e Travestis. Brasília, 2007.
- CAMARGO JUNIOR, K.R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ ABRASCO, p.93-101, 2005.
- CARDOSO, A.J. et al. Infecção pelo HIV entre gestantes atendidas nos centros de testagem e aconselhamento em AIDS. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, Suplemento 2, p.101-108, 2007.
- FERNANDES, J.R.M. et al. Início de terapia antirretroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, n.6, p.1369-1380, 2009.
- FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; ZUCCHI, E.M. Grupo de Estudos em População, Sexualidade e AIDS. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. *Revista de Saúde Pública*, v.42, Suplemento 1, p.84-97, 2008.
- GAY, C.L.; NAPRAVNIK, S.; ERON JUNIOR, J.J. Advanced immunosuppression at entry to HIV care in the south-eastern United States and associated risk factor. *AIDS*, v.20, n.5, p.775-778, 2006.
- GRANGEIRO, A. et al. Voluntary counseling and testing (VCT) services and their contribution to access to HIV diagnosis in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, n.9, p.2053-2063, 2009.
- _____. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v.43, n.3, p.427-436, 2009.
- IUNES, R.E. Demanda e demanda em Saúde. In: PIOLA, S.E.; VIANA, S.M. (Orgs). *Economia da Saúde: conceitos e contribuições para gestão da saúde*. Brasil: IPEA, 1995.
- JESUS, W.L.A.; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuição do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.15, n.1, p.161-70, 2010.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.
- OLIVEIRA, L.A. et al. Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/AIDS no município de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.10, n.3, p.689-698, 2005.
- PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.6, n.11, p.25-38, 2002.

- PENCHANSKY, D.B.A.; THOMAS, J.W. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, v.19, n.2, p.127-140, 1981.
- PUPO, L.R. *Aconselhamento em DST/AIDS: uma análise crítica de sua origem histórica e conceitual e de sua fundamentação teórica*. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- SCHNEIDER, I.J. *et al.* Perfil epidemiológico dos usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, n.7, p.1675-1688, 2008.
- SOUZA, V.S.; CZERESNIA, D. Demandas e expectativas de usuários de centro de testagem e aconselhamento anti-HIV. *Revista de Saúde Pública*, v.44, n.3, p.441-447, 2010.
- SOUZA-JR, P.R.B.; SZWARCOWALD, C.L.; CASTILHO, E.A. Delay in introducing antiretroviral therapy in patients infected by HIV in Brazil, 2003-2006. *Clinics*, v.62, n.5, p.579-84, 2007.
- TELLES-DIAS, P.R. *et al.* Impressões sobre o teste rápido para o HIV entre usuários de drogas injetáveis no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v.41, suppl. 2, p.94-100, 2007.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.20, suppl. 2, p.190-198, 2004.
- VELOSO, V.G. *et al.* HIV rapid testing as a key strategy for prevention of mother-to-child transmission in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v.44, n.5, p.803-811, 2010.
- VELOSO, V.G. *et al.* HIV testing among pregnant women in Brazil: rates and predictors. *Revista de Saúde Pública*, v.42, n.5, p.859-867, 2008.
- VERAS M.A.S.M. *et al.* The “AMA-Brazil” cooperative Project: a nation-wide assessment of the clinical and epidemiological profile of AIDS-related deaths in Brazil in the anti-retroviral treatment era. *Cadernos de Saúde Pública*, v.27, suppl.1, p.104-113, 2011.

Recebido para publicação em agosto de 2012

Versão final em dezembro de 2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

O sujeito implicado e a produção de conhecimento científico

The implicated subject and the scientific knowledge production

Moacir Tavares Martins Filho¹, Paulo Capel Narvai²

¹ Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professor Adjunto da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil. moacirtavares@yahoo.com.br

² Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professor Titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil. pcnarvai@usp.br

RESUMO: Todo sujeito que se coloca no papel de produzir conhecimento científico é, em sentido amplo, um sujeito implicado. Este ensaio resulta da assunção da condição de sujeito implicado por um dos autores por ocasião da sua pesquisa de doutoramento. Realizou-se pesquisa bibliográfica em bases de dados eletrônicas e constatou-se a escassez de estudos relacionados ao tema. Discute-se a não neutralidade da ciência e abordam-se os mecanismos aceitos por diferentes comunidades epistêmicas para lidar com a implicação e os desafios postos aos pesquisadores, em especial os do setor saúde, para terem reconhecidos seus estudos como contribuições válidas à construção do conhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Metodologia; Relação pesquisador-sujeito; Sujeito implicado; Política de saúde.

ABSTRACT: *Every subject that engages in producing knowledge is, in a broad sense, an implicated subject. This essay results from the acknowledgement of the implicated subject condition of one of the authors during his doctorate research. Bibliographical research was carried out in electronic databases. Results indicated the lack of studies about the topic. Issues concerning neutrality in science and the mechanisms accepted by different epistemic communities in dealing with the implications were discussed. Challenges public health researchers face in order to have their work acknowledged as valid contributions to knowledge production were also taken into consideration.*

KEYWORDS: *Methodology; Relationship researcher-subject; Implicated subject; Public health policy.*

Introdução

Todo sujeito que se vê na tarefa de produzir conhecimento científico é, em sentido lato, um sujeito implicado. Contudo, o desenvolvimento do modo de produzir esse tipo de conhecimento fez surgir, também, mecanismos aceitos pelas comunidades epistêmicas capazes de controlar a implicação. O pressuposto da neutralidade da ciência é visto hoje, majoritariamente, como uma quimera. Não há desinteresse em ciência, logo, nenhuma neutralidade é possível. *Pari passu* aos conhecimentos científicos, também esses mecanismos de controle se desenvolvem. A reprodutibilidade experimental como recurso de verificação é, provavelmente, o mais conhecido desses mecanismos. No plano ético, as exigências de aprovação dos projetos de pesquisa por comissões competentes constituem outro exemplo em busca do controle de distorções nas práticas de investigação, com impacto sobre a implicação das equipes de investigação.

Ainda que nos dias atuais se reconheça amplamente a impossibilidade da separação sujeito-objeto nas atividades de produção científica, é inegável que o significado disso difere bastante de um campo para outro, de uma grande área de saber para outra, manifestando-se diferentemente nos distintos produtos resultantes do esforço de produção de conhecimento.

Dificuldades adicionais surgem, porém, quando um pesquisador ou uma equipe optam por tomar como objeto de problematização e investigação processos nos quais estão envolvidos. Em muitos casos, essas dificuldades são de tal ordem que levam à desistência do projeto. Elege-se outro objeto e se encerra o assunto. Essa ‘solução’ para as dificuldades tem consequências negativas importantes, sendo uma delas a perda da riqueza do envolvimento do pesquisador ou equipe com os mencionados processos, decorrente de suas experiências e vivências. Os que escolhem enfrentar as dificuldades se deparam, contudo, como se discute aqui, com a necessidade de encontrar meios de, sem recusar ou negar sua implicação como sujeito individual ou coletivo, controlar os possíveis enviesamentos de origem política, ideológica, econômica, cultural ou outra, que possam comprometer-lhes a qualidade e até mesmo a validade

do trabalho científico, fragilizando-o e tornando-o vulnerável sob diferentes aspectos.

Aspectos metodológicos da implicação: interações objeto-pesquisador

ASSUMINDO A IMPLICAÇÃO

Este ensaio resultou da assunção da condição de sujeito implicado por um dos autores deste artigo por ocasião da sua pesquisa de doutoramento, doravante denominado MTMF. Sua implicação como pesquisador decorre do fato de ter tomado como objeto de investigação um tema do campo do planejamento e gestão em saúde – “Saúde bucal na estratégia saúde da família em Fortaleza: da decisão política ao financiamento compartilhado” – relacionado ao funcionamento da instituição pública onde trabalha. Essa situação é frequente entre mestrands e doutorandos nos programas brasileiros de pós-graduação em saúde coletiva. No caso de MTMF, quando doutorando na Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) ainda exercia funções de gestão na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza, Ceará. Ao se submeter ao exame de qualificação, exigência regulamentar na FSP/USP e momento em que os projetos de pesquisa são analisados por uma comissão examinadora, surgiu a questão de, neste caso, tornar-se sujeito implicado.

OS CAMINHOS DA IMPLICAÇÃO

Os elementos essenciais da trajetória de MTMF indicam que se graduou em Odontologia na Universidade Federal do Ceará (UFC), ocupou cargos de direção do movimento estudantil e engrossou as fileiras do movimento da Reforma Sanitária brasileira. Ingressou, por concurso público, como professor das disciplinas de Odontologia Preventiva e Social e Estágio Extramural na UFC. A docência o impulsionou à pós-graduação, tendo concluído o Mestrado em Saúde Pública na Universidade Estadual do Ceará (UECE). Esteve continuamente envolvido com organizações políticas partidárias, o que, em determinado momento, levou-o a

exercer cargo de dirigente do Partido dos Trabalhadores (PT), em Fortaleza. Em 2005, Luizianne Lins, do PT, assumiu a prefeitura de Fortaleza e, no início de janeiro daquele ano, o convidou para compor a equipe da SMS de Fortaleza com a incumbência de coordenar o sistema de informação em saúde. Cabe registrar que a prefeita, o secretário municipal de saúde e MTMF, coordenador do sistema de informação em saúde, pertencem ao mesmo partido político e são contemporâneos de movimento estudantil.

A implicação é evidente. Decorre do fato que, na condição de pesquisador, querer se ocupar de um tema cuja problematização requer a consideração de ser, concomitantemente, pesquisador – sujeito implicado – e integrar processos que serão tomados como objeto, o que, por sua vez, o coloca na condição de também sujeito da investigação – sujeito de pesquisa. Não é possível, portanto, desconsiderar que MTMF participa de um projeto de governo, cuja base é um movimento sociopolítico do qual faz parte e que, sem dúvida, poderia existir sem sua participação, mas que, então, seria diferente, ao se admitir o pressuposto de que qualquer indivíduo, ao integrar coletivos, o altera de algum modo.

SOU, MAS QUEM NÃO É?

Sendo sujeito implicado, MTMF foi buscar na literatura informações sobre como lidar com sua condição. Assim, no momento inicial do desenvolvimento deste ensaio em novembro de 2008, consultou a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando os descritores ‘sujeito’, ‘sujeito implicado’, ‘implicação’ e ‘*implicated subject*’. Em um segundo momento, em setembro de 2013, refez a busca utilizando os mesmos descritores para avaliar o grau do desenvolvimento quantitativo da literatura sobre o tema. Buscou, ainda, em bibliotecas, de modo complementar, obras não digitalizadas sobre o assunto, conforme preceitos da pesquisa bibliográfica, em sentido genérico, conforme a tradição no campo do planejamento e gestão em saúde.

A busca na BVS indicou, no momento inicial, 2008, 1.495 trabalhos com o descritor ‘sujeito’ e 220 com o descritor ‘implicação’. No segundo momento, 2013, retornaram, respectivamente, 7.912 e 555

trabalhos. No período, observa-se uma expansão da ordem de 529% para os trabalhos identificados pelo descritor ‘sujeito’ e de 252% para o descritor ‘implicação’. Em 2008, nenhum trabalho foi encontrado com os descritores ‘sujeito implicado’ e ‘*implicated subject*’. Na segunda busca, foram encontrados 20 e 1.470 estudos, respectivamente. Não obstante essa expressiva expansão da produção envolvendo os descritores ‘sujeito’, ‘implicação’, ‘sujeito implicado’ e ‘*implicated subject*’, dos 1.715 trabalhos localizados em 2008, nenhum abordava, especificamente, a questão do sujeito implicado no contexto da produção de conhecimentos científicos. O mesmo ocorreu ao analisar o resultado da segunda busca em 2013.

Assim, o material utilizado nesta análise teve origem em artigos cujos temas se referiam a diferentes abordagens da condição de sujeito e, também, em trabalhos localizados em livros e capítulos de livros, tendo em vista o interesse voltado ao campo do planejamento e gestão em saúde.

Resultados e discussão

Cabe assinalar, preliminarmente, a preocupação, sobretudo das ciências sociais, ao se ocupar das relações do homem com o mundo que o cerca, em enfatizar a não neutralidade da ciência e da interação pesquisador-objeto no processo de investigação científica. Ao se reportar à contribuição da antropologia para a concertação das disciplinas científicas, Minayo menciona que:

A grande contribuição da antropologia é sua tradição de compreensão da cultura (...). Introduzindo o tema da cultura na interpretação das estruturas da sociedade e, também do tema da saúde e da doença, a antropologia demarca um espaçamento radical, na medida em que o fenômeno cultural não é apenas um lugar subjetivo. Ele possui uma objetividade que tem a espessura da vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário. Ele é também o locus onde se articulam conflitos e concessões, tradições e mudanças e

onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há humano sem significado, assim como nunca existe apenas uma explicação para determinado fenômeno. (MINAYO, 2006, p.203)

Assim, a antropologia aponta para um ser humano histórico, pois, no singular dessa “espessura da vida”, o humano é constituído e constituidor do político, do simbólico e do econômico, ou seja, a relação do homem com seu entorno é objetivada na vida humana em sociedade. Como conceituação desse ator histórico, escreveu Mészáros:

O desenvolvimento da consciência histórica está centrado em torno de três grupos fundamentais de problemas: 1) a determinação da ação histórica; 2) a percepção da mudança não como simples lapso de tempo, mas como um movimento de caráter intrinsecamente cumulativo, implicando alguma espécie de avanço e desenvolvimento; e, 3) a oposição implícita entre a universalidade e a particularidade, visando obter uma síntese de ambas, de modo a explicitar historicamente eventos relevantes em termos de seu significado mais amplo que necessariamente, transcende sua especificidade histórica imediata. Naturalmente, os três são essenciais para uma legítima concepção histórica. É por isso que não basta, de forma alguma, afirmar em termos genéricos que o homem é o ator da história, se a natureza da própria mudança histórica não for devidamente apreendida ou se o complexo relacionamento entre particularidade e universalidade for violado em relação ao sujeito da ação histórica. (MÉSZAROS, 2002, p.59).

O autor destaca a complexidade relacional entre a universalidade e a particularidade presentes de forma dialética e, assim, sintética na ação do homem histórico.

Pode-se depreender que, em uma pesquisa em que o ator-pesquisador é também ator-protagonista, ocorre um duplo encontro de sujeitos históricos revelando

uma dupla face ou um encontro sintético de particular quase singular e universal, sendo a última característica a pretensão das derivações das políticas públicas.

O mesmo autor cita ainda o reclame de Aristóteles ao classificar a historiografia de sua época abaixo da poesia e da comédia, pois de caráter ‘menos filosófico’. A queixa ia além da origem grega da palavra *istor* – testemunha ocular –, já que explicitava o risco de confiança exagerada no ponto de vista de indivíduos particulares que, por participarem do fato em questão, apresentavam um interesse especial em relatá-los de maneira ‘inevitavelmente distorcida’, especialmente pela incapacidade de os antigos historiadores dominarem as complexidades dialéticas de particularidade e universalidade que os faziam permanecer presos ao particularismo anedótico.

Objetava-se que a imersão do relator de um fato ao próprio fato relatado comprometeria o teor da narrativa. Localiza-se exatamente aqui o núcleo do debate sobre o sujeito implicado. Mészáros (2002), porém, aponta como transitória essa incapacidade dos relatores, tal como reclamada por Aristóteles, pois a superação ocorreria no domínio da dialética, em especial, do particular e do universal.

Cabe enfatizar, nesse aspecto, a reflexão de Tarnas, para quem:

A realidade não é um processo fechado e autocontido, mas um processo fluido em permanente desdobramento, um universo aberto, sempre afetado e moldado pelas ações e crenças do indivíduo. (...) Estamos sempre e necessariamente envolvidos na realidade, ao mesmo tempo transformando-a e sendo transformados por ela. O ser humano é um agente materializado, que age e julga num contexto que jamais pode ser totalmente ‘objetificado’, com orientações e motivações que jamais podem ser totalmente aprendidas ou controladas. O sujeito consciente jamais está separado do corpo ou do mundo, que constituem o pano de fundo e a condição de todo ato cognitivo. (TARNAS, 1999, p.59).

O autor destaca que nenhum procedimento deve reivindicar um fundamento absoluto, ou seja, que qualquer fenômeno empírico acha-se eivado de teorias, e conclui que toda compreensão humana é interpretativa e nenhuma interpretação é definitiva.

Ao assumir o desafio de produzir conhecimento científico ocupando-se de objeto do qual é parte, qualquer autor, como sujeito implicado, vincula, de modo inescapável, sua identidade ideológica ao respectivo projeto. Embora a ideologia assuma diferentes significados para os que fazem uso do termo, cabe assinalar que, para Eagleton (1997), ideologia é mais uma trama de fios conceituais ou mesmo um texto do que uma conceituação do tipo paradigmático ou historicamente 'consagrado'. Assim, reconhecendo a impossibilidade de uma única definição, e, de forma elucidativa, lista algumas definições:

a) o processo de produção de significados, signos e valores na vida social; b) um corpo de ideias características de um determinado grupo ou classe social; c) ideias que ajudam a legitimar um poder político dominante; d) ideias falsas que ajudam a legitimar um poder político dominante; e) comunicação sistematicamente distorcida; f) aquilo que confere certa posição a um sujeito; g) formas de pensamento motivadas por interesses sociais; h) pensamento de identidade; i) ilusão socialmente necessária; j) a conjuntura de discurso e poder; k) o veículo pelo qual atores sociais conscientes entendem o seu mundo; l) conjunto de crenças orientadas para a ação; m) a confusão entre realidade linguística e realidade fenomenal; n) oclusão semiótica; o) o meio pelo qual os indivíduos vivenciam suas relações com uma estrutura social; p) o processo pelo qual a vida social é convertida em uma realidade natural. (EAGLETON, 1997, p.15).

Entre as muitas definições, resulta importante uma aproximação mais amidiada ou aprofundada de um conceito que aprimore o enunciado. Assim, para efeito deste artigo, considera-se a Ideologia a partir dos

estudos de dois pensadores ocidentais, Georg Lukács e Antonio Gramsci, complementares entre si na reflexão sobre o tema.

Lukács (2001) diz que 'é verdade que a realidade é o critério para a correção do pensamento. Mas a realidade não é, ela se torna e, para tornar-se, é necessária a participação do pensamento'. Vai além ao afirmar a correspondência do pensamento e da existência, pois sua 'identidade consiste em serem aspectos de um mesmo processo histórico e dialético real'.

Assim, pode-se deduzir que ao conhecermos algo já não o conhecemos mais ou, pelo menos, não o conhecemos mais tal como se apresentou em seu estado original, pois o próprio fato de conhecê-lo já transforma esse algo em outra coisa diferente do original.

Na formulação de Lukács (2001), esse conceito de ideologia se desenvolveu em um dado momento histórico em que sistemas de ideias se confrontavam com outros sistemas de ideias que lhes eram estranhos, explicando, assim, a parcialidade de ambos.

Na obra de Antonio Gramsci, o conceito de ideologia não ocupa lugar central, o que ocorre com a hegemonia. Contudo, o tangenciamento entre os conceitos de ideologia e hegemonia pode ser útil à análise que aqui se empreende.

Para o pensador italiano, hegemonia é o meio pelo qual um poder conquista o consentimento dos dominados para seu domínio. Para Gramsci, essa dominação pode ser consentida ou coercitiva. Assim, a diferença primeira ocorre na possibilidade de uma ideologia imposta, o que amplia o conceito de hegemonia, no caso, englobando o de ideologia.

Para Gramsci (2002), uma forma eficaz de hegemonia política no Estado burguês é sua falsa neutralidade, ou seja, a subjugação pelo trabalho da classe proletária dá-se por necessidades de sobrevivência não relacionadas diretamente a outras motivações, daí se originando a ideia de um Estado capitalista 'apenas mediador' das forças sociais em disputa. Sendo mais claro, não se explicita o papel de avalista que o Estado burguês desempenha na exploração da mão de obra que produz riqueza em abundância para ser apropriada por poucos, ou seja, apenas a quimera da necessidade de trabalhar é elucidada.

Assim, a Ideologia relaciona-se às formas como as lutas de poder se dão no nível da significação, não sendo, contudo, o processo central, apesar de importante, o que sustenta a hegemonia e sim um dos seus componentes. É com o pensador italiano, contudo, que Ideologia ganha a forma de prática social vivida, o que alarga o conceito de sistemas de ideias.

Gramsci (2002) aponta, também, a transição da consciência empírica dos subjugados. Ou seja, a metamorfose dos elementos incipientes do pensamento em filosofia coerente como uma nova forma de ver e entender o mundo. Tal tarefa transformadora, segundo o pensador, é tarefa precípua dos intelectuais orgânicos que, diferente de uma ação contemplativa, devem ser ativos participantes da vida social.

Ora, se o autor mostra um Estado não neutro, pois burguês, apesar do disfarce de 'Estado-Juíz', que, costumeiramente, atende aos anseios fundamentais de sua classe social fundante, mesmo concedendo avanços aos subjugados, e ainda formula a necessidade da configuração de agrupamentos com capacidade técnica e política de intervenção na vida social a fim de constituir uma base filosófica coerente a partir da prática vivida dos dominados, cabe indagar: como deve proceder, e desde que modo de inserção, um pesquisador militante, como já definido, ao investigar ações construídas, também por ele, no interior do Estado burguês? Neste caso, concretamente, deve renunciar ao objeto ou seguir em frente? Ao realizar a pesquisa a que se propõe, seria válido o conhecimento construído a partir de tal investigação?

IMPLICAÇÃO E ENVIESAMENTO

Até que ponto a implicação do autor envia resultados de uma investigação científica? Um bom ponto de partida para tentar uma resposta é a afirmação de Paulon (2005), para quem o problema da participação de pessoas implicadas com uma pesquisa só pode ser concebido com a “superação das pretensões de neutralidade e objetividade tão promulgadas pelo paradigma positivista nas ciências”.

Um dos primeiros cuidados deve ser a aproximação com o campo, pois deverá incluir uma permanente análise do impacto que as situações vivenciadas exercem sobre

a história do pesquisador e sobre o sistema de poder instituído, inclusive, e sobretudo, o lugar de saber e a estrutura de poder do pesquisador. Deverá estar em análise constante o pertencimento do pesquisador àquele lugar em especial, mas também ao lugar que ocupa nas relações sociais mais gerais como sendo o ‘seu’ lugar na história.

Paulon destaca ainda que o pesquisador deve compreender que há:

uma concepção de sujeito distinta daquela que o associou a um só modo de existência circunscrito na modernidade, o modo “indivíduo”. Outorgando-se a tarefa de desvelar a verdade do mundo ao iluminá-lo com a própria racionalidade, o sujeito moderno paradoxalmente faz da ciência ferramenta de aprofundamento da cisão homem X mundo. Ao negar as formas fragmentárias, múltiplas e diversas com que a subjetividade se produz socialmente, a equivalência sujeito-indivíduo cria uma fantasia unitária e centralizadora que reduz o conhecimento do mundo aquilo que se revela à consciência de seu pretenso “senhor”. A esta visão de homem naturalizado e essencializado, correspondem as disjunções sujeito/objeto e teorial/prática. (PAULON, 2005, p.21)

Assim, restaria ao pesquisador a possibilidade de escolher entre a objetivação da subjetividade e sua apreensão em toda a extensão processual.

Contudo, há-se que considerar a contribuição de autores como Freud e Lacan, apresentados no artigo de Poli, ao afirmar que:

a pergunta sobre o que move o cientista em sua pesquisa nunca fez parte das preocupações da ciência, nem tampouco, até onde temos notícia, da epistemologia da ciência. No máximo, para os mais curiosos, tratou-se do tema pela via das motivações pessoais, pautadas por histórias de vida, de paixões secretas e de melhores ou piores desempenhos acadêmicos. As famosas “vida e obra” de grandes pensadores chegaram também

ao âmbito da ciência, se bem que de modo bem mais modesto. De qualquer modo, referem-se aí ao cientista enquanto personalidade; buscam, então, seguindo a lógica do senso comum, o que levaria determinada pessoa a se ligar a determinado objeto a ponto de dedicar a vida ao seu encaixo. (POLI, 2006, p.13).

Na ciência, os autores localizam-se, sabidamente, no campo da psicanálise, e, assim, reconhecem como objeto o desejo, não apenas vontades pessoais ou motivações; indo adiante e de forma paradigmática, definem que desejo não é uma força abstrata, universal, ‘matematizável’ e dedutível pela introspecção. Antes disso, é o não ser do objeto da ciência sem lhe ser contraditório.

É escassa a literatura sobre sujeito implicado e o possível enviesamento em ciência, de modo que esse aspecto resta totalmente aberto e constitui uma limitação ou restrição do presente trabalho.

PESQUISA REALIZADA POR SUJEITO IMPLICADO TEM VALOR CIENTÍFICO?

Não obstante todas as dificuldades para produzir conhecimento científico, o sujeito implicado enfrenta o desafio da aceitação do produto do seu trabalho como algo válido, meritório, confiável.

Santos (2006) menciona a obra de Walter Benjamin, em que são apresentados três tipos de narradores: 1) o narrador do tipo clássico, que prescinde de explicação e gera conhecimento na forma de sabedoria, derivando em uma ‘moral da história’; 2) o segundo tipo de narrador, que tenta captar o sentido da vida por meio de sua subjetividade vivenciada e, portanto, narra sua própria experiência; e, 3) o narrador do tipo jornalista, pois descreve e analisa a experiência dos outros como informação situada no tempo e no espaço.

Santos (2006) enquadra a si mesmo como um narrador moderno, pois ‘faz ao longo do livro a narrativa da própria experiência no mundo da política e da academia como base empírica para reflexão e produção de apostas epistêmicas’. Afirma, ainda, que sua narrativa tem início contextualizando a ‘sua implicação com o tema resgatando a sua história como ator social’

Merhy (2004) aborda o tema do sujeito implicado como alvo de investigação de pesquisadores. Os trabalhos consultados indicam a necessidade de o complexo processo de produção de conhecimentos no campo do planejamento e gestão em saúde, de importância estratégica para a construção e desenvolvimento de um sistema público de saúde no Brasil, ser conduzido inclusive pelos construtores do sistema, explorando todas as possibilidades de problematização e abordagem dessa experiência. Assim, trata-se de um encontro que não deve ser, necessariamente, de sujeitos epistêmicos previamente constituídos, mas de sujeitos claramente implicados, ricos em sabedorias, pois frutos de seus encontros singulares e particulares com as ações e serviços de saúde que estão a construir.

O problema da validade do saber assim produzido pode ser considerado também sob a égide da crítica à razão instrumental, segundo a qual o pensamento teria perdido a capacidade crítica, pois, conforme Horkheimer e Adorno (1989), ocorreria uma desqualificação da natureza, agora transformada em material desordenado de uma classificação. Para esses autores, o positivismo agora estaria ocupando o lugar de juiz da razão, argumentando que “(...) *uma digressão pelos mundos inteligíveis não é apenas proibida, mas é vista como uma tagarelice sem sentido*”. Ocorre, assim, uma completa anulação da subjetividade, sempre presente entre sujeito e objeto, em nome da objetividade da ciência, aplicável em detrimento do pensamento construtor e construído no mundo em que se vive.

Tratando desse tema, Campos (2000) afirma existir

a colonização do senso comum resultante da hegemonia do positivismo no mundo científico e a rendição da humanidade ao reinado do mundo prático (...) a técnica alarga seu espaço até ocupar o posto da teoria, e os métodos dos ‘meios’ são transformados em ‘fins’ em si mesmos.

Vai além ao afirmar que

pensar criticamente exige certa capacidade analítica para apreender o sentido social, histórico e humano de nossas práticas. E jogar com

essa capacidade exclui a submissão a receitas prontas.

Ao se ocupar do tema do planejamento de forma específica, mas sobre métodos e seus usos de forma geral, Moysés (1997) afirma que

pior que querer substituir a trama humana genuína da realidade, onde as pessoas se relacionam e disputam seus projetos ou consensuam seus arranjos históricos para dar sustentação à vida é construir um bezerro de ouro instrumental que, diante das libações dos técnicos, seria capaz de domar – dominar – a realidade.

Sobre essa ‘trama humana genuína da realidade’ na qual pessoas se relacionam e disputam projetos dos quais resultam consensos e acordos sobre possibilidades históricas, e dos quais pode emergir saber, Merhy (2004, p.32) aduz que:

A produção deste saber militante é novo e auto-analítico, individual e coletivo, particular e público. Opera sob os vários modos de se ser sujeito produtor do processo em investigação e em última instância interroga os próprios sujeitos em suas ações protagonizadoras e os desafios de construir novos sentidos para os seus modos de agir, individual e coletivo. Interroga e pode repor suas apostas e modos de ação. (...) Nesse tipo de estudo mais importante do ponto de vista metodológico é a produção de dispositivos que possam interrogar o sujeito instituído no seu silêncio, abrindo-o para novos territórios de significação, e com isso, mais do que formatar um terreno de construção do sujeito epistêmico, aposta-se em processos que gerem ruídos no seu agir cotidiano, pondo-o sob análise. Se aposta na construção de dispositivos autoanalíticos que

os indivíduos e os coletivos em ação possam operar e se autoanalisar. (MERHY, 2004, p.32).

É relevante reiterar, por fim, que não se está a desqualificar a metodologia científica nem os mecanismos de controle de verificação elaborados e consolidados ao longo do tempo mas a enfatizar a importância e o valor de saberes produzidos sob condições de implicação sujeito-objeto.

Considerações finais

O problema central abordado neste ensaio é a inquietação intelectual quanto a um determinado sujeito implicado poder, em determinadas circunstâncias, ser capaz de gerar conhecimento útil, relevante, a partir do encontro entre esse sujeito e sua *práxis*. Tal construção intelectual será necessariamente militante, porque atua ou participa, e nem por isso simplista ou panfletária, mas provavelmente síntese do pensar-agir, atuar-investigar, conhecer-transformar.

O tema do sujeito implicado ainda é, conforme se enfatiza neste estudo, alvo de poucos trabalhos de investigação. Esse aspecto é surpreendente e se constitui na contribuição original deste artigo, tendo em vista a profusão de estudos realizados, sobretudo nos serviços, por sujeitos implicados. Estes, contudo, não se dedicaram a refletir e analisar a própria implicação, não se podendo descartar, inclusive, que alguns até mesmo não explicitaram, deliberadamente, essa condição. Esse aspecto indica a necessidade de se ampliar a abordagem da implicação, sobretudo da pesquisa no campo da política e gestão em saúde, na dimensão da intencionalidade ética do ato de investigar, pois, como afirma Kant, “é a intenção que torna o ato ético ou não”. E a dimensão da ética é decisiva na abordagem de qualquer objeto por um sujeito implicado. ■

Referências

- CAMPOS, R.O. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.723-731, 2000.
- EAGLETON, T. *Ideologia*. São Paulo: Boitempo; Unesp, 1997.
- GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- HORKHEIMER, M.; ADORNO, T. *Conceito de iluminismo*. São Paulo: Nova Cultural, 1989. (Coleção Os Pensadores).
- LUKÁCS, G. *História e consciência de classe*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B. et al. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004. p.21-45.
- MÉSZÁROS, I. *Para além do capital*. Campinas: Editorial Boitempo: Edunicamp, 2002.
- MINAYO, M.C.S. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, R.O. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hicitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- MOYSÉS, S.J. Algumas considerações sobre o (mito) método do planejamento. In: KRIGER, L. (Org.). *Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas-Aboprev, 1997.
- PAULON, S.M. Análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia e Sociedade*, v.17, n.3, set./dez., p.18-25, 2005.
- POLI, M.C. O sujeito na ciência: questões à bioética. *Psicologia & Sociedade*, v.18, n.3, set./dez., p.7-15, 2006.
- SANTOS, R.C. *Saúde todo dia: uma construção coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- TARNAS, R. *A epopeia do pensamento ocidental*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
-
- Recebido para publicação em outubro de 2013
Versão final em dezembro de 2013
Conflito de interesse: não houve
Suporte financeiro: inexistente

A gestão por meio da avaliação individualizante e competitiva como elemento comum nas políticas públicas e gerenciais contemporâneas: uma contribuição crítica a partir de Michel Foucault

The management by means of the individualizing and competitive assessment as a joint element in contemporary public and management policies: a critical contribution from the work of Michel Foucault

Tadeu de Paula Souza¹, Gustavo Tenório Cunha²

¹ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. tadeudepaula@gmail.com

² Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Professor da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. gustavotc9000@gmail.com

RESUMO: Neste artigo, realizam-se algumas reflexões sobre os desafios impostos à gestão das políticas públicas frente à hegemonia da lógica gerencial trazida pela racionalidade econômica neoliberal. Analisam-se, em especial, aspectos sobre a função estratégica que a avaliação vem assumindo na gestão de políticas públicas. As modulações nos processos de trabalho geradas pela lógica capitalista contemporânea implicaram novas estratégias de controle da produção, do trabalho e da vida. A partir da discussão sobre a ‘arte de governar neoliberal’ proposta por Foucault (2008, 2009), espera-se ampliar o debate acerca dessa problemática por meio de exemplos concretos no campo da saúde e em outros campos, como a educação e a produção científica.

PALAVRAS-CHAVES: Neoliberalismo; governo; políticas públicas; avaliação.

ABSTRACT: *This article contains some reflections about the challenges posed to public policies’ management vis-à-vis the hegemony of the managerial logic raised by the neoliberal economic rationality. It examines, in particular, aspects of the strategic role that evaluation is taking on in public policies’ management. The framing in the work processes generated by the contemporary capitalist logic requires new strategies to control production, work and life. From the discussion on ‘the neoliberal art of governing’ proposed by Foucault (2008, 2009), we expect to broaden the debate about this issue through concrete examples in the field of health and in other fields, such as education and scientific production.*

KEYWORDS: *Neoliberalism; government; public policy; evaluation.*

Introdução

Estudiosos da avaliação têm apontado a correlação entre o surgimento das tecnologias de avaliação de programas sociais e a ‘necessidade’ de corte nos gastos públicos. A avaliação ganha especial relevância a partir dos anos 80, momento em que a demanda crescente de racionalização de despesas se atrela ao imperativo de uma economia que se globaliza. A orientação por um Estado mínimo dirige as políticas dos governos no sentido da privatização e redução do investimento na saúde pública. Tal redução impõe uma direção de busca de eficiência em que o menor custo e a maior produtividade passam a ser importantes balizadores, num movimento de intensificação da avaliação como instrumento de uma gestão dirigida pelo avanço da racionalidade neoliberal. (VIACAVA *et al.*, 2004).

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 uma nova relação Estado-mercado. Na impossibilidade de recuperar a governança da nação por meio da legitimidade da soberania estatal, as escolas do neoliberalismo encontram a situação perfeita para recuperar tal legitimidade a partir do fortalecimento do mercado.

Uma escola de teoria econômica que ganha destaque no pós-guerra é a escola de Friburgo, denominada *ordo* liberais. A estratégia discursiva dos *ordo* liberais identificou no nazismo um invariante antiliberal, afirmando que o nazismo foi o efeito máximo de uma direção política que investe na intervenção estatal da economia. A experiência do nazismo foi tomada como um exemplo limite e extremo para o qual convergiram todas as economias que se pautassem por medidas ditas ‘intervencionistas’. Assim, os *ordo* liberais iniciaram um movimento anti-intervencionista que permitia conectar políticas de cunho estatal de proteção social – como as propostas por Keynes e pelo *New Deal* americano – ao autoritarismo – como no nazismo. Para os *ordo* liberais alemães, a oposição política não estava essencialmente entre socialistas e capitalistas, mas entre práticas de governo ditas ‘intervencionistas’ e ‘não intervencionistas’.

Por outro lado, iniciaram uma reformulação do próprio liberalismo propondo uma nova relação

Estado-mercado. Enquanto, no liberalismo, a liberdade de mercado era regulada pelo Estado, no neoliberalismo é o mercado que deverá regular o Estado. Pede-se que o mercado não seja meramente o princípio de limitação do Estado, mas o princípio de regulação interna do Estado. Em lugar de um mercado sob a vigilância do Estado, prefere-se um Estado sob a vigilância do mercado. Entendem que o sentido de não intervenção proposta pelos liberais estava mal formulado. Para os neoliberais, a troca e a concorrência não são dados naturais, mas fenômenos produzidos por um intenso esforço. “A concorrência é, portanto, um objetivo histórico da arte de governar, não um dado natural a se respeitar.” (FOUCAULT, 2008, p.164).

A desigualdade como meio de garantir a concorrência deve ser ativamente produzida por uma arte de governar. É possível identificar nessa nova formulação um número tão grande de intervenções quanto em uma política planejadora, mas suas naturezas são bem distintas. Enquanto, no liberalismo, a ação governamental se definia pela distinção entre agenda e não agenda, i.e., no que se deveria ou não mexer, no neoliberalismo a questão fundamental gira em torno do como intervir no estilo governamental. O mínimo de Estado refere-se ao investimento em políticas públicas e não no arsenal de dispositivos de intervenção na vida da população e nos mecanismos de desregulamentação do mercado. A manutenção de suposto mercado livre exige inúmeras e incessantes intervenções estatais.

Constitui-se um campo de intervenção que não é diretamente o mercado, mas que interfere no bom funcionamento do mercado. Não se deve, portanto, agir sobre o desemprego diretamente, mas sim sobre a estabilidade dos preços como condição de retomada da economia. Também não se deve agir diretamente sobre o preço, mas sobre um conjunto de variáveis que interferem no preço, como demografia, formação técnica, regime jurídico, clima, qualidade do solo etc. Para essa corrente, não existem desempregados, pois, no limite, o desempregado é um trabalhador em trânsito de um emprego para outro. Não se deve interferir diretamente nesse trânsito, pois ele vai se regularizar a partir do fortalecimento da economia. Trata-se de

adensar uma moldura não mercadológica que garanta bons efeitos econômicos.

A intervenção governamental deve ser discreta no nível econômico e intensa no nível dos condicionantes que garantem um alto nível concorrencial (FOUCAULT, 2008). Parte-se do princípio que o mercado é o regulador econômico e social, cabendo construir uma moldura institucional que garanta seu bom funcionamento. Cria-se, assim, uma individualização das políticas sociais em lugar de uma socialização nas políticas sociais. No limite, só há uma política social mercadologicamente viável: o crescimento econômico. São esses condicionantes que constituem um amplo campo de intervenção estatal gerador de uma espécie de moldura governamental. Essa orientação geral conduziria a um estilo governamental que consistiria em um modo de conceber as políticas sociais.

Nesse sentido, cabe perguntar: o que haveria em comum entre: o modo de funcionamento de políticas econômicas neoliberais com Sistemas Educacionais baseados em avaliações; os sistemas de gestão e avaliação da produção científica predominantes no mundo; os sistemas de acreditação hospitalar na saúde; e as definições de critérios de adoecimento e risco cada vez mais rigorosos – pressão arterial, glicemia, comportamentos de risco? Existiriam aspectos comuns sustentando e produzindo parte que seja dos modos de funcionamento dessas políticas? Existiriam, pelo menos parcialmente, pontos de convergência entre a gestão de políticas e o modo como as pessoas passam a conceber sua própria saúde ou sua própria formação num exercício de gestão de si? Qual a função que a avaliação vem assumindo nessa lógica governamental?

Buscar-se-á traçar um ponto de convergência para essas práticas a partir da função central que a avaliação vem tomando para a gestão de políticas públicas e o modo como se inscreve no nível do sujeito: o modo como nos conduzimos e nos concebemos. A hipótese que se defende com esta contribuição teórica, em diálogo com outros autores, é a de que o neoliberalismo transcendeu muito as políticas econômicas, resultando em um suporte cultural e ideológico que transformou a avaliação, antes um momento potencialmente crítico, reflexivo e de ampliação de conhecimento, em que se podia indagar sobre as finalidades e consequências de uma atividade, em um

método de gestão e controle privilegiado, polivalente, que produz quase o exato oposto do que deveria.

Essa mudança produziu o silenciamento da complexidade, das perguntas a respeito das finalidades da atividade, da pertinência dos critérios de avaliação escolhidos, do jogo de forças, interesses e atores envolvidos e, finalmente, das interrogações em relação aos determinantes coletivos que influenciam nos resultados ‘individuais’ de avaliação. Acrescente-se que, onde e quando houver políticas públicas, estas deverão instigar a mesma concorrência individualizante. Trata-se da efetivação de uma aposta defendida pelos *ordo* liberais pela pseudopolítica social de privatização ou, como muito bem definiriam mais adiante os anarcoliberais norte americanos, por uma política social individual.

O MODELO EMPRESA

O modelo de sociedade que se produz e se propaga a partir desse momento é o de uma trama social que tem como base o modelo de empresa. O radicalismo da escola de Chicago dos anarcoliberais em relação aos *ordo* liberais foi o de levar para campos não econômicos os princípios dessa arte governamental a partir na noção de ‘capital humano’. A palavra empreendedorismo pode então soar como mantra em todos os âmbitos da sociedade, sejam espaços públicos ou privados. As famílias, os indivíduos, os bairros, as instituições públicas, ainda que educacionais ou de saúde, devem ser geridas como uma empresa.

A influência da economia norte-americana sobre as demais economias do mundo permitiu que o sonho *ordo* liberal se difundisse através de mecanismos de desregulamentação do capital financeiro. Não se trata, portanto, da construção de uma sociedade das massas uniformizadas, mas, ao contrário, “*de obter uma sociedade indexada não na mercadoria e na uniformidade do mercado, mas na multiplicidade e na diferenciação da empresa*” (FOUCAULT, 2008, p.204). As regras definidas pelo mercado permitem que nossas ações sejam calculáveis em termos de investimento e risco, sendo as regras morais uma espécie de variável dessa equação.

Sobre esse ponto pode-se destacar, em sintonia com este texto, a crítica da filósofa Marilena Chauí, chamando a atenção recentemente para o conservadorismo

inerente ao bordão ‘pela ética na política’. Para ela, este bordão supõe que a ética da política pública deveria subordinar-se à ética privada. Na democracia, tratar-se-ia, ao contrário, do desafio de construir e defender a ética DA política, “*que não depende das virtudes morais das pessoas privadas dos políticos e sim da qualidade das instituições públicas enquanto instituições republicanas*” (CHAUI, 2013).

Nesse sentido, o neoliberalismo não define uma modalidade de governo em que a liberdade do indivíduo deve ser exaltada, mas gerida. O liberalismo é um consumidor de liberdades na medida em que delimita os modos de liberdade e os meios para geri-las. O arcabouço, ou moldura, se desdobra na hipervalorização de um saber técnico, supostamente neutro, mas indiscutível, que seria capaz de definir as sagradas regras de concorrência. Constrói-se, com imensa intensidade, uma relação de adoração quase cega pela luta pelo melhor lugar no *ranking*.

Assim, o Estado passa a ser limitado não só pelos direitos individuais como pela própria dinâmica do mercado como novo campo de produção de verdade. “*O homo economicus que se quer reconstruir não é o homem da troca, não é o homem consumidor, é o homem da empresa e da produção*” (FOUCAULT, 2008, p.201). O *homo economicus* é sofisticado pela noção de ‘capital humano’. As relações familiares são atravessadas por um modo de organização em que cálculos de risco devem ser aplicados sobre os sujeitos, que passam a ser entendidos como investimentos. No limite, o próprio sujeito econômico é uma empresa de si mesmo que deve ser investida, sendo ele próprio seu capital, seu produtor e sua fonte de renda.

O imperativo ‘Você SA’ se torna o modelo de sujeito para a economia de mercado neoliberal.

Por um lado, a execução virtuosa aparece como o máximo de atividade livre e criativa; por outro, temos uma prestação pessoal que indica os termos de uma nova escravidão. A clivagem entre estes dois polos não é sempre nítida (COCO, 2009, p.91).

O sujeito do consumo não é uma realidade absoluta, pois o consumo é valorado na medida em que, ao consumir, produz. O próprio consumo é a produção da satisfação do homem-empresa.

E deve considerar o consumo como uma atividade empresarial pela qual o indivíduo, a partir de certo capital de que dispõe, vai produzir uma coisa que vai ser sua própria satisfação. (FOUCAULT, 2008, p.311).

O sujeito neoliberal goza de uma liberdade suficiente e eficientemente administrada por si mesmo. Essa ilusão de individualidade é construída por uma imensa máquina de gestão que busca tanto estabelecer os parâmetros de eficiência como produzir uma subjetividade que valorize a disposição competitiva e pouco questionadora desses parâmetros e seus formuladores.

‘AVALIACIONISMO’ ACRÍTICO E TRABALHO

O que se denomina aqui ‘avaliacionismo acríptico’ tem sido o método escolhido para restringir gastos e concentrar o lucro, culpando ‘a vítima’ e legitimando reengenharias organizacionais e políticas focais. É um instrumento tanto de materialização como de produção de uma subjetividade capitalista baseada na culpabilização, segregação e infantilização, como aponta Guattari (1986). Essa nova ordem econômica torna-se mundialmente hegemônica, interferindo, inclusive, no modo de conceber políticas públicas de proteção social nos países que, a duras penas, tentam mantê-las.

No universo do trabalho, são vários os efeitos dessa arte de governar. A separação entre processos de planejamento e decisão e processos de execução do trabalho se aprofundou radicalmente nessa nova orientação governamental. Enquanto, no modelo da fábrica, o tempo do trabalho coincidia com o tempo de permanência na própria fábrica, no modelo empresarial o trabalho se torna cada vez menos localizável (NEGRI; HARDT, 2001). Num modelo de produção em que o trabalho não coincide temporalmente com a permanência num dado espaço físico, a avaliação ganha especial relevância para o controle da produção e se torna tendência,

principalmente, na área de prestação de serviços, como educação e saúde. A suposta liberdade com horários e modalidades de trabalho mais flexíveis é confrontada permanentemente pelas metas de produtividade. Nesse contexto, não é tão necessário um supervisor para verificar se o trabalho está sendo executado.

A concorrência e o controle sobre a definição dos parâmetros de avaliação podem garantir um grau de alienação e mais valia inimagináveis no início da revolução industrial (COCCO, 2011; NEGRI; HARDT, 2001). É desse modo que as definições das políticas neoliberais, mesmo as públicas, se comunicam com a gestão das organizações. O investimento ideológico na onipotência dos critérios de avaliação aumenta a capacidade de introdução nos indivíduos desse ranking, dessas réguas, como fossem verdades incontestáveis e válidas universalmente. O debate a respeito dos problemas que ele produz e dos problemas que ele não resolve é evitado ao máximo. Paralelamente, gera-se uma proliferação de variações do trabalho do tipo consultoria em que o próprio trabalho passa a ser encarado como projeto, inserindo o indivíduo em uma situação de permanente avaliação.

Antecede ao neoliberalismo o transbordamento do modelo de produção para outras instituições, como escolas e hospitais. Vários autores apontaram esse fato tanto em relação ao modo de funcionamento como em relação às finalidades veladas de preparar pessoas para se adaptarem à organização fabril. Na educação, dentre muitos autores, destaca-se o sociólogo Rui Canario (2006), que, analogamente a Ivan Illich na década de 70, pergunta até que ponto o preparo para a cidadania e vida política não diminuem à medida que o modelo escolar atual se torna dominante. Na saúde coletiva, Campos (2000) também aponta a presença do taylorismo na gestão das organizações de saúde. A ênfase na disciplina, controle do tempo, disponibilização dos corpos no espaço compunha uma tecnologia geral das diversas instituições num processo de docilização dos corpos para o aumento da produtividade (FOUCAULT, 1977). Como afirma Campos (2000), o taylorismo como formulado inicialmente não existe mais; suas propostas foram alteradas embora não eliminadas.

A partir do neoliberalismo, as mudanças no mundo do trabalho se traduzem por uma tendência à

flexibilização que veio acompanhada de uma precarização dos contratos e perda de garantias trabalhistas. Não se está mais no modelo da fábrica, mas no modelo empresa ou nas ditas sociedades de controle (DELEUZE, 1992). A disciplina massificadora vai deixando de ter um valor de uso central, sendo ocupada por uma tecnologia que investe na competição individualizante. Nesse cenário, a avaliação vem se tornando ferramenta forte de controle da produção, uma vez que a disciplinarização dos corpos, embora não tenha desaparecido, já não ocupa lugar central na organização dos processos de trabalho. Embora isso não seja uma realidade absoluta nas instituições de saúde, a crescente precarização vem sendo a moeda de troca das corporações de diferentes categorias para uma maior flexibilização dos processos de trabalho.

De fato, o efeito colateral mais evidente dessa cultura avaliativa é que os trabalhadores, assim como os estudantes na escola, se distanciam das finalidades da instituição e se dedicam a obter os melhores resultados nas avaliações. Howard Becker (1961), quando estudou uma escola médica estadunidense na década de 60, já percebia que a grande preocupação dos estudantes não era a obtenção do conhecimento de que necessitariam em sua profissão, mas como conseguir ‘dizer’ o que a instituição desejava que dissessem. Certamente que os técnicos engajados na difusão da ideologia neoliberal se apressam em responder que, se os ‘critérios forem bons...’, os avaliados, mesmo – ou talvez principalmente – sem saberem o que estão fazendo, realizarão a missão institucional.

Essa é uma resposta habitual que, no entanto, minimiza e encobre ‘efeitos colaterais’ importantes, principalmente a produção de um trabalho alienado, senão ignorante, indiferente aos resultados e objetivos. E, como já dito, não é nova a pergunta a respeito do quanto o efeito alienante é realmente secundário ou, de fato, contribui significativamente para produzir melhores condições de subordinação e manipulação das pessoas. Afinal, a história da humanidade é farta de tragédias, guerras e tiranias sustentadas na estupidez acrítica do trabalho – ‘apenas cumpro ordens’, ‘só faço meu trabalho’, dentre outros bordões semelhantes.

O AVANÇO DO 'AVALIACIONISMO' EM SAÚDE

Na área de saúde, também se pode perceber a imensa influência do ideário neoliberal, reforçando práticas e paradigmas dominantes. Ao se apontar a influência das políticas neoliberais na saúde, está-se ressaltando um aspecto sinérgico a essas contribuições da Filosofia e da Saúde Coletiva. Destacam-se planos correlatos: as tecnologias de gestão por avaliação nos serviços e no sistema de saúde, a cultura de normatização da percepção de saúde-doença por meio de parâmetros de normalidade diversos definidos por especialistas e a persistente focalização do debate sobre o processo saúde-doença, na esteira do uso simplista e acrítico de indicadores.

No plano gerencial, podem-se aplicar as considerações gerais realizadas anteriormente com a observação de que o arranjo tripartite de gestão entre os entes federativos tem produzido alguma proteção contra sistemas mais absolutos de avaliação, principalmente se a política de saúde for comparada à política educacional. Existe risco de um 'avaliacionismo', principalmente quando se busca, na avaliação, critérios para distribuição de recursos em um contexto de escassez. E quando se espalha a cultura da acreditação, inicialmente restrita aos hospitais, torna-se perfeita a expressão do neoliberalismo na gestão de saúde.

Apesar disso, a avaliação é um tema importante e urgente no SUS, para o qual existe uma qualificada produção acadêmica, ainda pouco conhecida pela maior parte dos gestores. Por exemplo, Furtado (2001), analisando e questionando a gestão taylorista das organizações de saúde, traça uma importante direção: as avaliações poderiam servir como instrumento de apoio, de contribuição para aumentar a capacidade de análise e intervenção dos coletivos. Poderiam, dessa forma, ser um estímulo a que se discutam exatamente as finalidades da instituição, do trabalho. A articulação entre avaliação participativa e metodologia do apoio tem sido uma importante estratégia de realocar a função de avaliação nos processos de gestão.

Nesse caso, os atores envolvidos participariam da construção de indicadores e critérios para avaliar seu processo de trabalho. Tal processo não visa somente à construção em si de indicadores, mas a propiciar momentos de debate sobre objetos e objetivos da instituição a que

pertence. Num contexto em que esse processo é apoiado por um agente externo, pode-se analisar o jogo de parcialidades entre os interesses próprios aos grupos e os interesses institucionais, possibilitando a construção de horizontes comuns aos diferentes interesses. A ênfase, nesse caso, encontra-se no fortalecimento da democracia institucional e capacidade crítica, sendo a avaliação um instrumento que pode e deve auxiliar tal processo.

A crítica ao 'avaliacionismo', dessa forma, também é uma crítica aos modelos de gestão em que a avaliação ganha destaque em relação à própria missão da gestão. A avaliação sem apoio e com critérios definidos unilateralmente é um bom método de eliminação dos menos aptos segundo esses mesmos critérios, bem como de concentração de recursos. Muitas vezes se produziu e produz o 'indicadorismo' – que leva à definição de prioridades não em função de necessidades singulares das comunidades mas da adequação à avaliação. É presente o risco da falácia de indução de ação por indicadores com alto grau de precisão e com baixo grau de validade para os diversos atores envolvidos numa determinada política (SANTOS FILHO; SOUZA; GONÇALVES, 2011).

O casamento de instrumentos de avaliação com distribuição de recursos como principal mola propulsora e modo de indução de políticas costuma diminuir a potência construtiva das avaliações, assim como a capacidade crítica. Ainda mais quando os recursos são escassos. Nesse modelo, a avaliação se torna o 'carro chefe' do processo de gestão, atrelando repasses de recursos ao cumprimento de metas monitoradas sistematicamente.

Ao mesmo tempo, existe uma influência também na percepção dos indivíduos do processo saúde-doença que se expressa em uma cultura de medicalização (TESSER, 2010) da vida por meio de parâmetros de 'normalidade' – definidos por especialistas, de forma alguma, imunes aos interesses econômicos. Ivan Illich (1975) já apontava, na década de 70, a relação entre as práticas e sistemas de saúde contemporâneos e a produção de iatrogenias, dentre estas a diminuição da capacidade das pessoas de lidar com a dor e com problemas de saúde outrora suportáveis. O que se pode destacar na relação com o neoliberalismo atual é a sinergia do homem-empresa-empendedor e a 'individualização' da relação com parâmetros laboratoriais e comportamentais definidos por especialistas. Vive-se

um reforço contínuo de uma falsa autoavaliação de saúde, em que prevalece uma permanente relação de busca de adequação à normalidade, de forma que o adoecimento é antecipado para uma condição de suscetibilidade, inerente à vida, e o sujeito é submetido ao aparato de controle da vida da biomedicina.

O homem-empresa é ‘convidado’ a governar a ‘si próprio’ a partir de parâmetros pré-definidos. Sentir-se adequado à ‘norma’ ganha um ‘valor terapêutico’, assim como realizar um procedimento diagnóstico:

O consumidor, devotado aos três ídolos – anestesia; supressão da angústia, e gerência de suas sensações – rejeita a ideia de quem, na maioria dos casos, enfrentaria sua pena com muito maior proveito se ele próprio a controlasse.” (ILLICH, 1975, p.140).

Afetos de medo e tristeza condicionados a uma métrica abstrata e cada vez mais rigorosa são potencializados, muitas vezes, sem sustentação nem mesmo dos parâmetros considerados científicos (GRIMES, 2002).

Paradigmático do processo de construção ideológica são os vários procedimentos de rastreamento, vulgarmente conhecidos como ‘check-ups’ (GØTZSCHE, 2012), sem fundamento científico que os sustente e até mesmo com evidências de que produzem danos em vários casos, tais como exames de mamografia precoces (BLEYER, 2012), tratamento da hipertensão arterial leve (DIAO, 2012), dentre outros. Embora o rastreamento de câncer de próstata, ainda defendido por muitos urologistas no Brasil, esteja incluído nesse grupo, o Instituto Nacional de Câncer defende que não há, até o momento, evidências científicas de que o rastreamento do câncer de próstata possa produzir mais benefício do que dano, recomendando que não se organizem ações de rastreamento para o câncer da próstata e que homens que demandam espontaneamente a realização de exames de rastreamento, sejam informados por seus médicos sobre os riscos e benefícios associados a esta prática (INCA 2013).

Ou seja, tais ‘check-ups’ revelam que as pessoas e os profissionais se ocupam mais com as ‘boas notas’ e parâmetros duvidosos do que com a vida e os problemas

reais, e menos ainda, com possíveis causas comuns dos problemas de saúde.

Todo esse processo dificulta também a compreensão dos problemas de saúde e suas soluções. Os determinantes sociais e suas causalidades políticas encontram dificuldade para ganhar a pauta do debate na área de saúde. A obesidade é exemplo ilustrativo de um problema complexo, fortemente determinado por um conjunto de políticas públicas ausentes ou equivocadas, frequentemente reduzido à sua dimensão individual e associado a um forte discurso moral. Emblemática também é a associação entre mortalidade infantil e pouca escolaridade materna. A escolaridade expressa um conjunto de determinantes sociais, inclusive a inadequação da escola tradicional, quando acessível, às especificidades de populações em situação de vulnerabilidade.

Frequentemente reproduz-se a lógica do ‘avaliacionismo’ acrítico e tudo se passa como se a mortalidade infantil fosse decorrente da ignorância materna. Naturalizam-se os determinantes sociais, as correlações de força na sociedade e as políticas públicas ausentes ou equivocadas. O que se destaca é um contorno cultural em que o adoecimento pode ser mais facilmente envolvido por um julgamento moral individual. As forças coprodutoras das políticas públicas e seus diversos atores sociais seguem protegidas dos questionamentos públicos que poderiam transformá-las.

Em um modo neoliberal de governar, a avaliação se torna uma espécie de imperativo que vai desde a autoavaliação voltada para a própria saúde ao desempenho profissional, modelando uma subjetividade empresarial em meios propriamente não empresariais. Cria-se um contínuo entre a gestão de si e a gestão de políticas em que a competitividade e o controle são sofisticados por sistemas de avaliação e definição de parâmetros supostamente ideais.

O AVANÇO DO ‘AVALIACIONISMO’ EM OUTROS MEIOS

Podem-se tomar outras situações concretas da vivência cotidiana nessas políticas para experimentar as hipóteses apresentadas. Um exemplo curioso é a própria cogestão das instituições científicas por meio de critérios de

produtividade de publicação em determinadas revistas. Curiosamente, essas revistas, por meio das quais muitos países do mundo definem os critérios de qualidade das publicações científicas em cada área de conhecimento, são, em grande parte, sediadas em poucos países, não escolhidos aleatoriamente, dos quais saem os pesquisadores que definem as pautas dessas revistas.

Mesmo no Brasil, apesar do debate que vem ocorrendo em várias áreas do conhecimento sobre esse assunto, aceita-se de forma um tanto quanto natural que haja critérios definidos por um grupo pequeno de pesquisadores, geralmente de instituições melhor posicionadas nesses mesmos critérios. Assim, questiona-se pouco que sejam critérios únicos, apesar da heterogeneidade institucional e regional brasileira. Ou seja, ainda que as instituições de pesquisa e ensino tenham idades diferentes, situações diferentes e, supostamente, compromissos sociais diferentes, os critérios de avaliação e o ponto de chegada esperado são padronizados e predominante quantitativos. A ideia de critérios iguais para todos soa como se fosse ‘justa’.

No caso da Saúde Coletiva, apesar dos imensos avanços recentes nesse debate, pode-se também questionar, ainda que reconhecendo o esforço do Centro de Estudos Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o quanto esse modelo de gestão por avaliação estimula a exacerbação das diferenças e a competição entre pesquisadores e instituições em detrimento da busca por pontos comuns, produções conjuntas e ações políticas decorrentes desses pontos comuns.

Seguramente, é mais difícil compor e juntar instituições e pesquisadores de forma sinérgica para enfrentar os mesmos grandes e complexos problemas de saúde da população num contexto produtivista e competitivo. Ainda mais quando grande parte dos recursos para pesquisa se concentra em poucas instituições e a exacerbação das diferenças, muitas vezes pequenas, pode significar o acesso a esses recursos. Ainda quando existam

critérios comuns que possam ser úteis para diferenciar instituições e pesquisadores, o que fazer com esses resultados? Qual seria o melhor uso dessas diferenças? O neoliberalismo tem uma resposta clara: darwinismo social. Nesse sentido, o sistema de gestão da produção científica hegemônico no mundo não facilita o debate sobre as finalidades da produção científica – podendo até mesmo impedi-lo –, assim como não facilita o enfrentamento da fragmentação do conhecimento, da compreensão e da ação social.

Outro exemplo correlato, absolutamente conectado ao primeiro, é o imenso sistema de *ranking* em que se converteu a educação. As pedagogias, as dificuldades de cada contexto educacional, os determinantes de uma educação empobrecedora da existência capitaneada pela escola atual, filha da revolução industrial (CANARIO, 2008), são assuntos menos importantes do que as notas obtidas pelos alunos nos diversos sistemas de classificação individualizante. Trata-se apenas de melhorar as notas, o rendimento. O mais bem educado é aquele que melhor sabe adequar-se às normas e colocar-se no *ranking*.

Conclusão

Repensar a função da avaliação e ampliar a possibilidade de interferir na seleção e construção de critérios de avaliação parece ser missão urgente. Pelo menos, é necessário dar um passo importante para reequacionamento dos jogos de força que aumentam a competitividade e concentração de poder em determinados grupos. Movimentos importantes vêm ampliando a possibilidade de articular a avaliação por meio do avanço da participação desses movimentos no sentido de subordiná-la à direção ético-política da democracia nas instituições de saúde. Parece que no centro de toda essa discussão encontra-se o eco do desafio da democracia num contexto de adequação geral à ordem mundial neoliberal. ■

Referências

- BECKER, H.S. *et al.* *Boys in White: student culture in medical school*. Chicago: University of Chicago Press, 1961.
- BLEYER, A.; WELCH, G.H. *Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence*, *The New England Journal of Medicine*, v.367, n.21, p.1998-2005, 2012. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1206809>>. Acesso em: 10 set. 2013.
- CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva – Abrasco*, v.4, n.2, p.393-403, 1999.
- _____. *Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CANARIO, R. *A escola tem futuro? Das promessas às Incertezas*. Porto Alegre: Editora Artmed, 2006.
- _____. *A escola: das “promessas” às “incertezas”*. Educação Unisinos, v.12, n.2, p.73-81, mai./ago., 2008. Disponível em: <http://www.portal.santos.sp.gov.br/seduc/e107_files/downloads/transferencias/escola_das_promessas_as_incertezas.pdf>. Acesso em: 01 out. 2013.
- CHAUÍ, M. *O Inferno Urbano e a Política do favor, da tutela e cooptação*. Viomundo 27 de junho de 2013. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/marilena-chauio-inferno-urbano-e-a-politica-do-favor-clientela-tutela-e-cooptacao.html>>. Acesso em 2 out. 2013.
- COCCO, G. *MundoBraz: o devir-Brasil do mundo, e o devir-mundo do Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2009.
- _____. *O Trabalho sem Obra, a Obra sem Autor: a construção do Comum*. In: BELISARIO, A.; TARIN, B. (Orgs.). *CopyFight: pirataria e cultura livre*. Rio de Janeiro: Azougue Editorial, 2011.
- DELEUZE, G. *Post-scriptum sobre as sociedades de controle*. In: _____. *Conversações*. São Paulo: Editora 34, 1992.
- DIAO, D. *et al.* *Pharmacotherapy for mild hypertension*. *Cochrane Database System Review*, v.15, n.8, aug., 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22895954>>. Acesso em: 2 out. 2013.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1977.
- _____. *Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- _____. *Segurança, Território e População*. Martins Fontes. São Paulo, 2009.
- FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.6, n.1, p.165-181, 2001.
- GØTZSCHE, P.C. *et al.* *General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis*. *BMJ*, n.345, p. 1-13, 2012. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/345/bmj.e7191>>. Acesso em: 2 out. 2013.
- GRIMES, D.A.; SCHULZ K.F. *Uses and abuses of screening tests*. *The Lancet*, v.359, March 9, 2002.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica; Cartografias do Desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986. p.40-41.
- ILLICH, I. *Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde*. 1. ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). *Rastreamento para o Câncer da Próstata: Diretrizes*. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/diretriz_rastreamento_prostata.pdf>. Acesso em: 30 set. 2013.
- NEGRI, A.; HARDT, M. *Império*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- SANTOS FILHO, S.; SOUZA, T.P.; GONÇALVES, L.L.M. *Avaliação como dispositivo de humanização em saúde*. In: ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J. (Org). *Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde*. Campinas: UNICAMP, 2011.
- TESSER, C.D. *Medicalização social e atenção à saúde no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- VIACAVA, F. *et al.* *Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro*. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.9, n.3, p.711-724, 2004.

Recebido para publicação em outubro de 2013

Versão final em dezembro de 2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

Adolescência, crise e atenção psicossocial: perspectivas a partir da obra de René Kaës

Adolescence, crisis and psychosocial care: perspectives from the work of René Kaës

Melissa Pereira¹, Marilene de Castilho Sá², Lilian Miranda³

¹ Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. melissadeoliveira@gmail.com

² Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) – Seropédica (RJ), Brasil.

RESUMO: Este trabalho pretende contribuir para uma discussão conceitual acerca das dimensões grupal e social da crise, bem como para os efeitos socioculturais da adolescência. A partir da obra de René Kaës, propõe-se um alargamento da noção de crise, entendendo-a como uma problemática cruzada entre individualização e 'grupalização', na medida em que seu desenrolar diz respeito à intersecção de fatores inter e intra-psíquicos, sociais e culturais. Essa compreensão evoca, do ponto de vista da intervenção, um trabalho psicossocial dos e sobre os grupos e instituições.

PALAVRAS-CHAVES: Adolescência; Crise; Psicossociologia; Atenção psicossocial.

ABSTRACT: *This work aims at contributing to a conceptual discussion on the crisis' grouping and social dimensions, as well as to socio-cultural effects of adolescence. The broadening of the notion of crisis is proposed upon the work of René Kaës, being this concept understood as an intersection issue between individualization and the act of grouping, to the extent that its deployment concerns the intersection of inter and intra psycho, social and cultural factors. This understanding evokes, from the intervention standpoint, a psychosocial work from and on groups and institutions.*

KEYWORDS: *Social psychology; Crisis; Adolescence; Psychosocial care.*

INTRODUÇÃO

Os movimentos de Reforma Psiquiátrica fomentam pensamentos e formas de trabalho originais que se voltam não apenas para a substituição do hospital psiquiátrico como também para a revisão de um conjunto de saberes e práticas científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentavam a existência de um lugar de isolamento, segregação e patologização da experiência humana. Dessa maneira, suas proposições não se limitam a uma simples reformulação dos serviços de saúde, mas se dirigem a um importante questionamento tanto das práticas e instituições psiquiátricas como dos conceitos e saberes que lhe dão legitimidade (AMARANTE, 2007).

Nesse contexto, as situações de crise são consideradas por vários autores do campo da saúde mental como um momento ímpar e, por sua complexidade, podem colocar em xeque a estrutura sanitária e social toda vez que deflagram a incapacidade de respostas por parte dos serviços. A atenção a essas situações apresenta-se como um dos aspectos mais difíceis e estratégicos, na medida em que, muitas vezes, é a partir delas que se pode dar início a um processo de cuidado integral ou, ao contrário, a um circuito de internações psiquiátricas. (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991; AMARANTE, 2007; VASCONCELOS, 2010).

Há uma aposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira na atenção às pessoas em momento de crise que se baseia numa lógica comunitária, que ganha um colorido intersetorial por meio da rede de serviços substitutivos ao modelo manicomial, lógica essa que deve compreender serviços de saúde em geral, assim como outros recursos da comunidade. Espera-se que a rede substitutiva tenha mais êxito em favorecer um trabalho recíproco entre serviços, criando condições para a implementação de projetos terapêuticos calcados no acolhimento e autonomia do sujeito, bem como na ampliação de suas relações com seu território de vida (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991; AMARANTE, 2007; VASCONCELOS, 2010).

Verifica-se, entretanto, pouca discussão sobre as especificidades das situações de crise em saúde mental de adolescentes, seja em textos acadêmicos, documentos

oficiais ou relatórios técnicos. Há, ainda, uma defasagem entre as necessidades de atenção em saúde mental infanto-juvenil e a oferta de serviços capazes de responder às particularidades desse público.

Considerando que os substratos teóricos são fundamentais para a formulação das propostas clínicas e organização dos serviços, este trabalho pretende contribuir com uma discussão conceitual da noção de crise a partir das contribuições do psicanalista René Kaës. A obra do autor (KAËS, 1982; 2002; 2005) sobre os processos grupais permite refletir sobre as articulações existentes entre processos psíquicos subjetivos, intersubjetivos e construções coletivas e sociais, mostrando-se particularmente útil para a compreensão dos vínculos que ligam os sujeitos entre si, entre grupos e entre grupos e organizações.

Uma ressalva inicial se faz necessária sobre a discussão acerca da assistência a adolescentes em situação de crise psicossocial, i.e., requer uma ponderação, ainda que rápida, relativa à própria noção de adolescência. Como se sabe, para alguns autores, assim como a infância, a adolescência é um conceito social e historicamente construído, com finalidades específicas, dentre as quais está a possibilidade de controlar e disciplinarizar pessoas de certa faixa etária, qualificando-as para o mercado consumidor e para a vida competitiva (ARIËS, 1981; NAKAMURA, 2009; VINCENTIN, 2006). Partindo desse pressuposto, inicia-se este trabalho pontuando que o mais importante não é um questionamento sobre o que é a adolescência, mas a consideração de que há sobre ela uma importante produção de enunciados em nossa cultura.

UMA PERSPECTIVA PSICOSSOCIAL DA CRISE: AS CONTRIBUIÇÕES DE RENÉ KAËS

A noção de crise pode remeter a aspectos sociais, históricos, familiares e pessoais e, mesmo no campo específico da saúde mental, encontram-se diferentes caracterizações desse conceito advindas de diferentes teorias (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991; FERIGATO *et al.*, 2007). Neste trabalho, a fim de um maior aprofundamento da reflexão sobre a crise, recorre-se

às construções do psicanalista francês René Kaës, cuja principal contribuição consiste na recusa à redução da crise a um fenômeno individual e na ampliação da sua conceituação, envolvendo dimensões que vão além do sujeito e do singular e lançando luzes para os aspectos grupais, culturais e subjetivos inerentes às vivências de desorganização.

Kaës (1982) explicita que, para a Psicanálise, a crise e suas elaborações permanentes constituem aquisições que se aproximam da especificidade do modo de existência da psique humana. Para o autor, apesar de se tomar a crise como o que surpreende, ela não se caracteriza, de fato, pela novidade. A crise apareceria, sim, imprevisivelmente e seria marcada por um caráter único e singular, mas suas causas e origens assim como sua solução estariam desenhadas na história passada e nas recordações. Histórias e recordações que têm no grupal sua base, sua gênese, também encontram nele a solução para a crise.

Baseado em E. Morin (1976 *apud* KAËS, 1982), Kaës propõe que o aparato psíquico se organiza sob a lógica de múltiplos apoios psíquicos, de forma que a falha de um deles tem como consequência variações qualitativas na formação. Tal formação se dá por meio de movimentos de construção-e-destruição, de abertura-e-fechamento, de crise e criação do psiquismo, movimentos que exigem estruturas relativamente estáveis e semiaberturas entre esses suportes que se inter-relacionam por uma lei de composição. Nessa concepção, o aparato psíquico se estrutura como um sistema que convoca a ideia de antagonismo, de processos de desorganização e desintegração simultâneos ao de reorganização, de maneira que seria esse antagonismo o garantidor da constância do sistema, já que a estabilidade representaria a morte.

Nessa perspectiva, a crise é considerada por Kaës (1982) como inevitável e enriquecedora do sistema psíquico, fonte de desorganização e fonte de reorganização evolutiva. Assim, o autor sublinha a ambiguidade da crise a partir do fato de que ela libera simultaneamente forças de morte e regeneração de tal modo que, ao mesmo tempo em que a destrutividade em ação aprofunda a crise – já que envolve forças de desordem, deslocamento e desintegração –, ocorre também o despertar de uma ativa criatividade. Kaës (1982) considera, a partir

de Morin (1976), que a crise é ‘dialetrização’, que sua incerteza e ambiguidade determinam seu caráter aleatório, regressivo e progressivo, mas revelam os antagonismos fundamentais, o avanço oculto de novas realidades. A crise põe em funcionamento tudo que pode proporcionar mudança, transformação e evolução.

Mais do que isso, Kaës (1982) entende que o sujeito, já ao nascer, é inaugurado pela crise a partir de uma ruptura primeira na estabilidade do aparato psíquico. A vivência de tal ruptura se dá num esquema específico que, baseando-se em Bleger, Kaës denomina de enquadre. Este funda o sentimento de segurança e, inicialmente, é constituído pelo meio que circunda o ser, geralmente representado pela figura materna. O enquadre é considerado por Bleger (1982 *apud* KAËS, 1982) como a organização mais primitiva e menos diferenciada da personalidade. É o elemento de fusão “eu-corpo-mundo” de cuja mutabilidade dependem a formação, a existência, a diferenciação do eu, do objeto, da imagem do corpo, do corpo, da mente etc. A debilidade, própria a qualquer enquadre, leva o sujeito a procurar outras modalidades de apoio, que, paulatinamente, o vai diferenciando e afastando desse meio e ampliando seu campo de relações. Esse movimento representaria o crescimento.

Nessa perspectiva, importantes momentos de vida, como as crises do crescimento próprias à adolescência, meia idade e entrada na velhice, só podem ser elaboradas e superadas pelas propriedades conjuntas da atividade intrapsíquica, do enquadre e do entorno psicossocial. (KAËS, 1982).

Kaës (1982) entende a adolescência como marcada por um momento de perda de objetos internos e externos, perda de um código social e construção de outros códigos e estruturas para as relações intersubjetivas. O abandono do código anterior implica uma ruptura de laços e significações que asseguravam, até então, um modelo de condutas estáveis. A desagregação temporária é também desagregação social, podendo ser vivida como ameaça e perda de estabilidade psicológica e social, uma des-orientação, mas que comporta também a possibilidade de criação de novos códigos. Consequentemente, a adolescência traz em si a potência de inventividade e mudança.

Para Kaës (1982) esse momento pode ser marcado por profundas angústias ou por criatividade que não afetam apenas o adolescente. A adolescência aponta para uma crise que pode encontrar ou reativar a crise da geração anterior, como a dos pais, tios, professores, que frequentemente encontram-se enfrentando suas próprias rupturas, como a entrada na meia idade, por exemplo. Ela pode suscitar uma crise nas instituições, como lares abrigados, escolas, clubes, associações, instituições de cumprimento de medidas sócio-educativas, igrejas. E, não se pode esquecer, a adolescência se encontra, também, no contexto de uma crise da sociedade, dos valores e regras em constante transformação.

Dessa maneira, o autor convida a pensar a adolescência como um momento de crise não focal ou individual, mas como algo dinâmico e relacional, no qual estão em jogo relações grupais, familiares, sociais e culturais. A crise do adolescente, sua interpretação pelos demais e suas repercussões estarão sempre atravessadas por esse jogo de relações. Nesse sentido, pode-se falar em “adolescências”, justamente porque esse aspecto relacional dirige a diferentes formas – influenciadas pela diversidade de arranjos sociais, culturais, econômicos, intersubjetivos e históricos – de se entender, lidar e mesmo viver esse momento.

Essa é uma ponderação que se faz necessária, principalmente se for considerado, com Takeuti (2002), que, na realidade brasileira, as “tramas existenciais” juvenis de um grande segmento se confrontam com um impasse sócio-histórico de invalidação e relegação. Fala-se aqui de adolescentes com insuficiente acesso aos recursos sociais e importante privação material. Em um país marcado por tamanha desigualdade e tamanha diversidade, é preciso avaliar os diferentes jogos de relações que envolvem a adolescência das periferias pobres urbanas, dos meios rurais, das classes médias, das ruas, entre tantos outros contextos. Trata-se de nuances e meandros das relações culturais e sociais, mas também familiares e grupais que marcam as especificidades da adolescência para cada sujeito e realidade.

Neste artigo, propõe-se refletir sobre a vivência da adolescência marcada, simultaneamente, pela inevitável crise, tal como definida por Kaës (1982), mas também por uma dinâmica psicossocial caracterizada

pelo sofrimento extremo. Sofrimento este que, em geral, tende a interromper o potencial criador da crise da adolescência, dando lugar a um quadro dominado pela desestabilização, como é o caso da crise de sujeitos que precisam de um tratamento em saúde mental. Assim, na tentativa de superar a classificação nosográfica clássica, a partir das proposições de Kaës (1982), podem-se entender como crise psicossocial aquelas situações que trazem como central o “sofrimento psíquico grave”, que desestabiliza diversas dimensões da vida do adolescente, como a subjetiva, familiar, institucional e social.

PENSANDO UM ENQUADRE PARA A CRISE A PARTIR DA REDE DE SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

Freud, em 1913, no seu artigo “Sobre o início do tratamento”, diz que o processo analítico se dá como a partida de xadrez, na qual todo o seu desenrolar depende de como foi articulado o primeiro lance. Da mesma maneira, o primeiro contato com o serviço de saúde parece ser decisivo no atendimento à crise. A forma como a crise será manejada pode direcionar todos os demais desdobramentos do projeto terapêutico e das possibilidades de intervenção junto a esses adolescentes.

Alguns autores que se dedicam ao tema da crise em saúde mental têm apresentado caminhos para a construção desse cuidado por meio das noções de acolhimento, vínculo e responsabilidade (DIAZ, 2009; FERIGATTO *et al.*, 2007; FRANÇA, 2005).

Para Ferigato *et al.* (2007), toda situação de crise exigirá uma urgência da ação. Ação que deve ser baseada fundamentalmente no suporte, o que significaria afirmar a realidade do acontecimento da crise, sustentando sua força destrutiva para que ela encontre destinos mais criativos. Este suporte implicaria, assim, a consideração da crise a partir do caráter afetivo da experiência, concedendo-se crédito ao sofrimento embutido nesse acontecimento, testemunhando-se o fato e auxiliando-se o sujeito a inscrevê-lo em sua história.

Assim, lança-se, ao serviço ou à rede de serviços que se dedique a atenção às urgências em saúde mental, o desafio de uma consideração sobre a realidade das condições dos adolescentes, seus familiares e os ideais terapêuticos. Esse desafio requer a disposição na aposta

no contato e no diálogo com o sujeito em crise, mesmo quando a comunicação parece impossibilitada e reduzida e quando os discursos parecem não ter reciprocidade (CARVALHO, 2007).

Chama-se atenção para o fato que a crise, em seu caráter dialético, apenas pode se apresentar como um fator de enriquecimento do sistema quando conta com uma sustentação psíquica grupal. Caso contrário, representa apenas ruptura, já que as tensões do sistema psíquico e social se acentuam nesse momento. A falta de sustentação da crise pode levar à perda da integridade de si e da capacidade criadora. Isso porque, considerando o aspecto intersubjetivo da crise, Kaës (1982) a considera como ruptura de um transcurso, uma:

[...] experiência de ruptura que questiona dolorosamente o sujeito na continuidade de si mesmo, a organização de suas identificações e ideais, o emprego dos mecanismos de defesa, a coerência de sua forma pessoal de sentir, de atuar, de pensar, a confiabilidade de seus laços e pertencimento a grupos, a eficácia do código comum a todos aqueles que, como ele, pertencem a uma mesma forma de sociabilidade e cultura (KAËS, 1982, p.27).

Kaës (1982) ressalta que o desafio consiste em reunir as condições necessárias para que elementos paradoxais como ruptura e criação sejam elaborados. Esse dilema requer, em princípio, a existência e a manutenção de um enquadre, o qual põe em funcionamento a capacidade dos sujeitos de estabelecer – inventar-criar – um campo de ilusão, um espaço de transição. Graças a isso, se articulam e são explorados e fixados os novos e antigos limites, o fora e o dentro, o novo e o velho, o cheio e o vazio, a perda do código e a intrusão do código. É graças a esse enquadre que se faz possível uma saída do sistema de crise; esse é o coração da transicionalidade, noção que Kaës (1982) desenvolve em sua obra a partir das construções de Donald Winnicott.

O autor explica que, para Winnicott (1975 *apud* KAËS, 1982), o espaço transicional é construído em tempos primeiros de cada sujeito por meio da mediação feita pela mãe ou por aquele(s) que ocupa(m) o lugar de

cuidado entre as necessidades psíquicas e corporais da criança e o meio psíquico e social que a rodeia. É uma zona que suporta os movimentos contínuos de união e separação, de modo que a ausência do objeto possa ser paulatinamente suportada. A ausência não é definitiva e não deve ser; o desenvolvimento se dá rumo à independência, mas tem de ser um movimento relativo. Esse processo de união-separação deve se dar nas condições de um enquadre firme mas flexível, capaz de suscitar e de conter, para cada sujeito, os processos necessários à elaboração de rupturas críticas, de forma que ofereça condições para que o sujeito conviva com espaços vazios e, logo em seguida, resgate elementos de suas antigas relações. Esse movimento de criação comporta a lógica de que o novo está sempre sustentado numa certa tradição, com a qual guarda eterna relação de diferenciação e reaproximação (KAËS, 2005).

Quando só há ruptura não há transicionalidade. O enquadre e a ‘transicionalidade’ são indispensáveis ao estabelecimento de jogo interpretativo ou criativo. O espaço transicional se apresenta como lugar onde se pode colocar o que é transmitido e o que não está momentaneamente disponível, mas que outros vão poder fazer funcionar por nós ao nos oferecer representações. É marcado pelo que é apresentado, em termos de enquadre, do(s) sujeito(s) a outro(s) sujeito(s), sendo um espaço a ser inventado e criado por um e por outro, em um acompanhamento mútuo (KAËS, 2005). A ‘transicionalidade’ permite a simbolização, um dos fundamentos da vida psíquica, e funda a experiência da cultura, da herança e da criação. A economia da transicionalidade, lembra Kaës (1982), é intrapsíquica, grupal e social. Para Kaës (2005), ao articular a área transicional com o espaço cultural, Winnicott (1975 *apud* KAËS, 1982) permite pensar a relação entre o mundo interno e o mundo dos signos, dos ritos, dos sentidos estabelecidos em comum, sem torná-los mutuamente excludentes, mas admitindo sua intricação.

Sua hipótese central do psiquismo organizado, simultaneamente, como individual e grupal levou Kaës (1982) a outorgar um lugar determinante na transicionalidade aos jogos da grupalidade e da individualidade. Assim, o grupal e o cultural são o núcleo básico da identidade e, conseqüentemente, a possível sustentação

no momento de rupturas e de crise. O autor se dedica a pensar a continuidade nos momentos de crise, sendo assegurada pela herança cultural e entendida como espaço potencial entre o indivíduo e seu entorno. A cultura articulava o código psíquico pessoal com o código social, de maneira que a experiência cultural seria uma extensão da ideia de fenômenos transicionais. Sai-se da crise pelo social. A história do homem dar-se-ia no “entre” crise e resolução, “entre” o social, o mental e o psíquico que, juntos, tecem o sujeito particular.

A partir de Kaës (1982), entende-se que a enfermidade ‘individual’ não é uma tela – entre si mesmo e o mundo hostil –, um cofre – refúgio num lugar de cuidados e reparação – ou fechamento, mas é indissociável do social e, por isso mesmo, fala da necessidade de uma estrutura social de recepção que serviria à elaboração da experiência de ruptura. Assim, vale sublinhar que o papel do grupo na resolução de uma situação individual de crise evidencia a ampliação de uma noção individualista da crise, uma dupla problemática cruzada entre individualização e grupalização, de maneira que a elaboração da crise colocaria em questão o trabalho psicossocial.

Considera-se que as proposições de Kaës podem apoiar as propostas da Reforma Psiquiátrica, direcionando para uma nova ética de atendimento à crise, a partir da qual ela é considerada como um acontecimento de ordem multifatorial, que traz à cena a interdependência de aspectos biológicos, culturais, psicológicos, sociais e culturais, não só no seu desencadeamento como na própria estruturação psíquica do sujeito que a vive. Essas construções levam a reafirmar que a atenção à crise deve se basear na rede de serviços e instituições assim como na articulação com diversos recursos comunitários (DELL’ACQUA; MEZINNA, 1992).

A CRISE NO E DO SERVIÇO

O bojo dessa discussão dirige à relação entre o serviço de saúde, suas condições estruturais, a dinâmica de seu funcionamento e o adolescente em crise. Sublinhando a questão da crise como multifatorial, deve-se questionar se os serviços voltados para o adolescente e a articulação entre serviços podem se apresentar hoje como lugar de

enquadre para sustentação da crise, tanto para o adolescente como para sua família e seu entorno social.

Para tratar dessa questão, vale esclarecer, ainda que rapidamente, que Kaës (2002) propõe que, assim como o postulado da Psicanálise se funda na hipótese de uma realidade psíquica baseada no inconsciente, a prática institucional ou de grupo não pode desconsiderar essa trama. Ao aceitar o desafio de pensar a instituição, a Psicanálise reconhece as formações intersubjetivas e transubjetivas na formação do psiquismo, discutindo as nuances das formações dos grupos e dos processos inconscientes envolvidos.

Nesse sentido, Kaës (2002) salienta que a crise questiona a instituição e, neste caso, as instituições assistenciais como um todo, pois, ao desagregarem os contratos, pactos, consensos e acordos inconscientes os evidencia, exigindo, conseqüentemente, uma análise multifocal. Essa contribuição do autor é central à avaliação da relação entre profissionais, equipes e serviços na atenção ao adolescente em crise. Deve-se pensar o quanto a crise do adolescente, entendida como forte sofrimento psíquico, mas também incluindo a própria adolescência como momento de construções e desconstruções envolvendo um jogo de relações, pode desestabilizar os serviços e instaurar uma nova crise: a das instituições envolvidas.

A partir dessa concepção, a crise vivenciada pelo adolescente anuncia elementos críticos dos serviços, que, se não forem reconhecidos e tratados, podem facilitar que a crise perca seu potencial criador e se configure apenas como desestabilização e grave sofrimento para o sujeito, a família, seus grupos e para os profissionais envolvidos na atenção psicossocial.

Nas palavras do autor, é necessário “considerar-se ainda que a instituição é o lugar de uma dupla relação: do sujeito singular com a instituição e do conjunto de sujeitos vinculados pela e na instituição. Por isso, toda emergência psíquica possui a priori um valor de sintoma significativo para o conjunto institucional.” (KAËS, 2002, p.20).

Essa ideia reforça a necessidade de que o próprio serviço conte com apoio para a sustentação e elaboração das crises, já que são sempre vividas no espaço de intersecção entre a ‘grupalidade’ formada pela equipe, os

sujeitos usuários e todo o entorno sociocultural e familiar em que se colocam. Tal apoio pode advir da supervisão clínico-institucional e dos recursos concretos do sistema de saúde, mas também deve ser protagonizado por instituições comunitárias e outras com as quais o serviço construa parcerias.

Considerações finais

Este trabalho pretendeu contribuir para uma reflexão conceitual de alargamento da noção de crise, entendida como uma problemática cruzada entre individualização e grupalização que, do ponto de vista da intervenção, evoca o trabalho psicossocial dos grupos e instituições. Soma-se, ainda, a necessidade de se considerarem as determinações socioculturais da adolescência para a estruturação dos serviços de saúde e de seus dispositivos de atenção.

Pensar a assistência ao adolescente em crise a partir dessas complexidades inclui, necessariamente, considerar a gestão dos serviços assistenciais, o que, a partir das reflexões aqui desenvolvidas, deve incluir não apenas as necessárias melhorias na administração de recursos, mas também o reconhecimento e fortalecimento de dispositivos dedicados às relações intersubjetivas.

Trata-se, portanto, de buscar outras formas de se fazer gestão em saúde. Nessa perspectiva, a gestão teria a função de oferecer certo suporte (KAËS, 2005) e de criar instâncias de análise para as equipes, entendendo que os dispositivos tradicionais de planejamento e gestão, como as reuniões de equipe, os colegiados, também são espaços de articulação psicossocial (KAËS, 2003), de trânsito entre o eu e o grupo como conjunto intersubjetivo capaz de fomentar a compreensão dos processos de crise e de se constituir como espaço/*setting* que sustenta os momentos críticos de fragmentação, conflitos e tensão entre o que está instituído e a capacidade criativa e de invenção dos sujeitos. ■

Referências

- AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ARIËS, P. *História Social da Criança e da Família*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.
- CAMPOS, R.O. Humano demasiado humano: un abordaje del malestar em la institución hospitalaria. In: SPINELLI, H. (Org.) *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004, p.103-120.
- SPINELLI, H. (Org.). *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004, p.103-120.
- CARVALHO, I.S.; COSTA, I.I.; BUCHER-MALUSCHKE, J.S.N.F. Psicose e Sociedade: interseções necessárias para a compreensão da crise. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v.7, n. 1, p.163-189, 2007.
- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. A *loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha, 1991.
- DIAZ, A.R.M. *Pesquisa avaliativa em Saúde Mental: a regulação da "porta" nos Centros de Atenção Psicossocial*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2009.
- FERIGATTO, S.H.; CAMPOS, R.T.O.; BALLARIN, M.L.G.S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, v.6, n.1, p. 31-44, 2007.
- FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.129-138, 2009.
- FRANÇA, I.G. Reflexões acerca da implantação e funcionamento de um plantão de emergência em saúde mental. *Psicologia Ciência e Profissão*, v.25, n.1, p.146-163, 2005.
- KAËS R. *Crisis, ruptura y superación: análisis transicional en psicoanálisis individual y grupal*. Buenos Aires: Ediciones Cinco, 1982.
- _____. O interesse da Psicanálise para considerar a realidade psíquica da instituição. In: CORREA, O.B.R. *Vínculos e Instituições: uma escuta psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 2002. P.11-32

_____. *Espaços Psíquicos Comuns e Partilhados*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

NAKAMURA, E. A noção médico-científica da depressão infantil: uma visão histórica esocultural do discurso de adultos sobre a infância. In: MOTA, A.; SCHRAIBER, L. (Orgs). *Infância e saúde: perspectivas históricas*. São Paulo: Hucitec; FAPESP, 2009, p.234-264.

QUEIROZ, L.B. Da pediatria à saúde do adolescente: origens históricas de uma prática médica. In: MOTA, A.; SCHRAIBER, L. (Orgs). *Infância e saúde: perspectivas históricas*. São Paulo: Hucitec; FAPESP, 2009, p.265-283

TAKEUTI, N.M. *No outro lado do espelho: a fratura social e as pulsões juvenis*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

VASCONCELOS, E.M. *Desafios Políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

VINCENTIN, C. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v.17, n.1, abr. 2006.

Recebido para publicação em outubro de 2013

Versão final em dezembro de 2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde

Prospects and challenges of core support for family health as to practice in health

Karla Ferraz dos Anjos¹, Saulo Sacramento Meira², Carla Eloá de Oliveira Ferraz³, Alba Benemérita Alves Vilela⁴, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery⁵, Edite Lago da Silva Sena⁶

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
karla.ferraz@hotmail.com

² Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
saulo_meira@hotmail.com

³ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
caueloa@yahoo.com.br

⁴ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Jequié (BA), Brasil.
albavilela@gmail.com

⁵ Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Jequié (BA), Brasil.
rboery@gmail.com

⁶ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Jequié (BA), Brasil.
editelago@gmail.com

RESUMO: O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) surgiu como proposta para melhorar as práticas de saúde. Entretanto, desde sua criação, inúmeros desafios surgiram, configurando uma problemática que necessita ser modificada. Assim, o objetivo é refletir sobre as perspectivas e os desafios do NASF quanto às práticas em saúde. Trata-se de uma revisão de literatura realizada por meio de consulta às bases de dados da SciELO e Lilacs no período de abril a maio de 2012. Concluiu-se que, apesar de o NASF ser reconhecido como suporte à Estratégia Saúde da Família (ESF), ainda não atua de forma articulada, sendo imprescindível que ocorram mudanças na organização dos serviços e na conduta dos profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Equipe de assistência ao paciente; Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT: *The Support Center for Family Health (NASF) has emerged as a proposal to improve health practices. However, since its inception, many challenges have surfaced, setting up a problem that needs to be modified. Thus, the objective of this article is to think over NASF's prospects and challenges as for health practices. This is a literature review carried out by surveying SciELO and Lilacs databases within the period April-May 2012. It was concluded that, yet being recognized as a support to the Family Health Strategy (FHS), NASF does not act articulately, making changes imperative in the organization of services and in the conduct of health professionals.*

KEYWORDS: *Primary Health Care; Patient care team; Public health policy.*

Introdução

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) surgiu como proposta tanto para prestar assistência às demandas populacionais não alcançadas pelas equipes que compõem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como para apoiar essas equipes na efetivação da rede de serviços e ampliar sua abrangência, visando melhorar a qualidade da assistência à população no nível da Atenção Básica, que carece de ações mais eficazes.

Em contraste com os modelos convencionais de prestação de cuidados, que primam pela assistência curativa, especializada, fragmentada e individual, a proposta de trabalho do NASF é a de superar essa lógica em direção à corresponsabilização e à gestão integrada do cuidado por meio de atendimentos compartilhados e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e sejam capazes de considerar a singularidade dos sujeitos assistidos.

A implantação do NASF representa a busca crescente pela integralidade da atenção e interdisciplinaridade nas ações em saúde, consoante a perspectiva de consolidação da ESF. Nesse sentido, o NASF é ambicioso e pode até parecer utópico, principalmente quando se avalia a formação dos profissionais de saúde, que, em grande parte, ainda encontram-se distantes das perspectivas com as quais o NASF foi criado (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

Refletindo-se sobre a trajetória do NASF desde a sua criação até os dias atuais, observa-se que as expectativas com a criação desse núcleo foram pautadas no alargamento da oferta de serviços de saúde na ESF, tanto em aspectos quantitativos como qualitativos. Entretanto, essa realidade ainda não se concretizou, e isso se deve, principalmente, ao déficit de formação e capacitação dos profissionais de saúde que o compõem, bem como daqueles que integram as equipes da ESF, haja vista que vários desses profissionais também possuem uma visão fragmentada em relação ao cuidado, implicando diretamente na qualidade da assistência prestada, seja ela individual ou coletiva.

O NASF é constituído por uma equipe de apoio e o objetivo principal de suas ações é possibilitar maior qualidade à assistência prestada e não apenas “suprir a demanda”. Apresenta, dentre seus desafios, a necessidade

de mudança da cultura organizacional no Sistema Único de Saúde (SUS), que, historicamente, vem priorizando a quantidade de procedimentos em detrimento de sua qualidade; o referenciamento em prejuízo da resolubilidade na Atenção Básica; e a avaliação de impacto e indicadores de saúde com abordagem simplesmente quantitativa (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Considerando-se a assistência à saúde oferecida pelo SUS e a perspectiva que se tem acerca do NASF, tornam-se necessárias mudanças nesse sistema, sejam elas no âmbito da gestão ou do domínio da execução de ações qualificadas dos profissionais de saúde, uma vez que a cultura predominante nas práticas em saúde ainda é considerada um desafio que o NASF precisa superar para conseguir validar, de fato, suas diretrizes.

Este estudo teve como objetivo refletir sobre as perspectivas e os desafios do NASF quanto às práticas em saúde, tomando como base a literatura existente sobre implantação, desafios e conquistas do NASF.

Método

Trata-se de revisão de literatura inicialmente realizada por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que abriga bases de dados reconhecidas. A busca dos estudos ocorreu no período de abril a maio de 2012, a partir dos seguintes descritores: “Atenção Primária à Saúde”, “Equipe de Assistência ao Paciente” e “Políticas Públicas de Saúde”. Na articulação das palavras, foi adotada a expressão *booleana* ‘AND’, que permite a inserção de duas ou mais palavras. O resultado conduziu a pesquisa nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências (Lilacs). A pesquisa estendeu-se aos arquivos do Ministério da Saúde (Brasil).

Os critérios utilizados para inclusão do material acessado ao estudo foram: disponibilidade *on line* do texto completo, período de publicação entre 2007 e 2012 e idioma português. Foram encontrados 36 artigos relacionados ao tema, dentre os quais seis foram selecionados por serem pertinentes ao objeto do estudo e se enquadrarem nos critérios de inclusão estabelecidos.

Os artigos selecionados foram analisados com base no objetivo proposto e na relevância científica e social. Em seguida, realizou-se a leitura dos arquivos por todos os autores, em momentos distintos. Posteriormente, em conjunto, foram distribuídos os arquivos nos quatro eixos temáticos, a saber: histórico e caracterização do NASF; o NASF e a ESF; o NASF na prática; e enfrentamentos do NASF.

Resultados e discussão

A ESF, como estratégia pública articuladora de cuidados primários à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, deveria percorrer caminhos e, assim, modificar-se levando em conta os determinantes sociais da saúde de determinada localidade. De forma concomitante, o NASF tem aporte legal e instrumental passível de aproximação com essa realidade, desde que se configure num apoio matricial efetivo para as ESF (ANDRADE *et al.*, 2012).

HISTÓRICO E CARACTERIZAÇÃO DO NASF

O Ministério da Saúde (MS) criou os NASF 1 e 2 por meio da Portaria GM/MS nº 154, publicada em 4 de março de 2008 com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da Atenção Básica (AB), bem como maximizar sua resolubilidade, apoiando a inclusão da ESF na rede de serviços e nos processos de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica (BRASIL, 2008).

O NASF, em 2008, era dividido em três modalidades: NASF 1, NASF 2 e NASF 3. O NASF 1 foi desenvolvido para atender os municípios com contingente populacional acima de 20.000 habitantes. Entretanto, como cerca de 80% dos municípios brasileiros contam com uma população menor que 20.000 habitantes, e vários deles necessitam mais de acompanhamento à saúde do que os municípios mais populosos, o Governo Federal, visando a ampliar a cobertura da ação, criou o NASF 2, destinado a acolher os municípios com densidade demográfica de até 10 habitantes por km² (BRASIL, 2010a).

No âmbito do SUS, a modalidade NASF 3 foi criada a partir da Portaria GM/MS nº 2.843, de 20 de setembro de 2010, e tinha como prioridades a atenção integral em saúde e a saúde mental – assistindo, principalmente, usuários de crack, álcool e outras drogas, na Atenção Básica – em municípios com população inferior a 20.000 habitantes (BRASIL, 2010a).

Com a perspectiva de suprir lacunas que, inicialmente, não haviam sido previstas no campo da Atenção Básica e que deveriam ser priorizadas – principalmente por se tratar de grupos populacionais –, a inserção da saúde mental e da reabilitação, como parte da integração à rede de serviços, tornou-se necessária, como aconteceu a partir da implantação e implementação do NASF 3. Assim, fortaleceu-se a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o território, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

As Portarias GM/MS nº 154/2008 e 2.843/2010 foram revogadas pela Portaria GM/MS nº 2.488, de 2 de outubro de 2011. Nesse contexto, ocorreram mudanças no NASF, que passou a ser organizado em apenas duas modalidades: NASF 1 e NASF 2 (BRASIL, 2011a). Ressalte-se que os dispositivos das portarias anteriores que não conflitam com a atual portaria permanecem em vigor.

O NASF 3 foi suprimido a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 2.488/2011 e se tornou automaticamente NASF 2. Os municípios com projetos de NASF 3 anteriormente enviados ao MS deverão, atualmente, enviar para a Comissão Intergestores Bipartite documento que informe as alterações ocorridas. Fica garantido o financiamento dos NASF intermunicipais já habilitados em data anterior, mas fica extinta a possibilidade de implantação de novos NASF intermunicipais (BRASIL, 2011a).

A composição do NASF baseia-se na proposta de equipe de referência, ou seja, toma por base aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, objetivando ampliar as possibilidades de construção do vínculo entre profissionais e usuários. Esse tipo de arranjo busca mudar o padrão dominante das responsabilidades nas organizações e construir a responsabilidade de pessoas por pessoas.

Conforme alterações apresentadas na Portaria GM/MS nº 2.843, publicada em 20 de setembro de 2010, o NASF 1 realiza suas atividades vinculado a, no mínimo, oito e, no máximo, quinze Equipes de Saúde da Família ou equipes de atenção básica para populações específicas. A exceção é para municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul-mato-grossense, onde cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, cinco e, no máximo, nove equipes. Quanto ao NASF 2, deve realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, três e, no máximo, sete Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2011a).

Os NASF 1 e 2 deverão ter uma equipe formada por profissionais de nível superior, a ser definida pelos gestores municipais a partir dos dados epidemiológicos, das necessidades locais e das equipes de saúde que apoiarão. Assim, os profissionais que os compõem são: Médico Acupunturista, Assistente Social, Profissional de Educação Física, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Farmacêutico, Médico Ginecologista, Obstetra, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Médico Psiquiatra, Médico Geriatra, Médico Internista, Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitaria (BRASIL, 2011a). É relevante observar que não há diferença entre os NASF quanto à composição dos profissionais.

O NASF trabalha com a equipe de referência, que é definida também por uma coordenação, gerência, comum. É dever de tal equipe desconstruir, nas organizações de saúde, o modelo de 'linhas de produção' fragmentadas, nas quais o poder gerencial se atrela ao saber disciplinar fragmentado e as chefias se dividem por corporações, produzindo arranjos que desvalorizam ou rivalizam as categorias envolvidas no processo de atenção à saúde.

A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho dos NASF dependem de algumas estratégias já testadas no Brasil, como é o caso do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e do Projeto de Saúde no Território (PST) (MARTINES; CHAVES, 2007).

Em definição aos modelos fundamentais de funcionamento do NASF, deve-se considerar o Apoio Matricial, que apresenta as dimensões do suporte assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta junto aos usuários. Já a dimensão técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem ser associadas em diversos momentos, uma vez que não é possível a nenhum trabalhador em saúde esquivar-se de lidar, em alguma medida, com os afetos nas relações terapêuticas (BARBOSA *et al.*, 2012).

A proposta de Clínica Ampliada direciona-se a todos os profissionais que fazem clínica, em um recorte – um destaque de sintomas e informações – de sua competência profissional. Já o PTS, constitui um conjunto de condutas terapêuticas articuladas para cada sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e, se necessário, com apoio matricial (FIGUEIREDO, 2012).

Também utiliza como ferramenta de trabalho das Equipes de Saúde da Família e do NASF a proposta do PST com o intuito de desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território, articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia das comunidades (FIGUEIREDO, 2012).

NOVOS CENÁRIOS E PROJETOS QUE AMPLIAM A ATUAÇÃO DO NASF

Conforme o Decreto Federal nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e dispõe sobre a organização do sistema público de saúde, planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa, é possível pensar na reestruturação do NASF por meio da implantação das "Regiões de Saúde". Uma Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, e infraestrutura de transportes e redes de comunicação compartilhadas, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011c).

Aparece, aqui, uma dificuldade frequentemente enfrentada pelos municípios que possuem menos de 20.000 habitantes e que, até então, não poderiam sediar o NASF 1. Cada região deve oferecer serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e, por fim, vigilância em saúde (BRASIL, 2011b).

Os NASF, compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes de Saúde da Família e das Equipes de Atenção Básica para populações específicas. Assim, foram incorporadas como novas modalidades de equipes de AB algumas que já existiam, tais como os Consultórios de Rua, além das Equipes de Saúde da Família ribeirinhas e unidades móveis fluviais, com desenho e financiamento específicos e mais adequados às realidades em que atuam. Com isso, a ação dos profissionais dos NASF irá colaborar no sucesso do programa Academia da Saúde, criado pela Portaria GM/MS nº 719/2011 (BRASIL, 2011b).

Nos Consultórios de Rua, as equipes deverão realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde estão atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais Equipes de Atenção Básica do território – as UBS e os NASF –, com os Centros de Atenção Psicossocial, a Rede de Urgência e os serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, dentre outras instituições públicas e da sociedade civil (BRASIL, 2011a).

As Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha podem desempenhar a maior parte de suas funções em unidades básicas de saúde localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita. Já as Equipes de Saúde da Família Fluviais, desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais, a fim de prestarem assistência àquela população (BRASIL, 2011a). Nesse sentido, essas equipes podem ampliar suas intervenções contando com o apoio dos NASF quando estiverem funcionando no município.

Os NASF podem utilizar como espaço as Academias da Saúde com o objetivo de ampliar a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica

para as ações de promoção de saúde, no sentido de fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade com vistas à superação de sua condição (BRASIL, 2011a).

O NASF E A ESF

A proposta de criação do NASF constitui importante estratégia para promover o fortalecimento da ESF e, de modo especial, desenvolver e aprimorar um novo modelo de atenção à saúde, voltado ao trabalho de equipe multiprofissional. Diretrizes, como integralidade, qualidade da assistência, equidade e participação social precisam se afirmar em ações coletivas centradas no desenvolvimento do ser humano e na promoção da saúde, e ser capazes de produzir saúde além do contexto individual, assistencial e medicalizante (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

A ESF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com a comunidade, envolvendo os diversos níveis de assistência. Assume o compromisso de prestar assistência integral à população, na unidade de saúde e no domicílio, de acordo com suas necessidades, identificando fatores de risco aos quais a população está exposta. Dessa forma, permite à ESF intervir de forma apropriada por meio da humanização das ações em saúde, buscando a satisfação dos usuários via estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade e considerando sempre a saúde como um direito da cidadania (ARAÚJO, 2012).

Em paralelo, o NASF propõe-se a estabelecer outro modelo que vise a superar a lógica fragmentada da saúde por meio da construção de redes articuladas de atenção e cuidados, funcionando sob as diretrizes de ação interdisciplinar e intersetorial. O apoio matricial deve atuar de forma corresponsabilizada, reorientando e reorganizando o modelo de gestão e de atenção com a equipe da ESF.

Vale lembrar que a ESF é um programa brasileiro e vertente da Atenção Primária à Saúde (APS) implantada em 1994, e caracteriza-se como porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constituído no direito à saúde e na igualdade do cuidado (BRASIL, 2011c).

Tratando-se da atenção à saúde voltada à atuação do NASF, suas diretrizes precisam ser levadas em consideração com o intuito de se promover saúde com qualidade e humanização da assistência. Para isso, o NASF precisa se organizar em áreas estratégicas, tais como: atividade física ou práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; assistência farmacêutica; alimentação e nutrição; serviço social; saúde mental; saúde da mulher; saúde da criança, do adolescente e do jovem (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

O NASF apresenta, em normatizações, as dimensões do suporte assistencial e técnico-pedagógico. Entretanto, intervenções diretas do NASF frente a usuários e famílias só podem ser realizadas sob encaminhamento das ESF com discussões e negociação, *a priori*, entre os profissionais responsáveis pelo caso (CAMPOS, 2007; BARBOSA *et al.*, 2007). Em verdade, o atendimento direto e individualizado pelo Apoio Matricial ocorrerá somente em situações extremamente necessárias (BRASIL, 2011c).

A organização dos processos de trabalho do NASF e da ESF deverá criar espaços de discussão voltados à gestão e à constituição de uma rede de cuidados. As reuniões e os atendimentos precisam constituir um processo de aprendizado coletivo, em uma perspectiva de se produzir saúde e de se ampliar a autonomia das pessoas. Além disso, ao se realizar a avaliação diagnóstica, é necessário considerar não somente o saber clínico como também o contexto subjetivo do indivíduo; é fundamental, também, definir a intervenção terapêutica, considerando a complexidade biopsicossocial das demandas de saúde que estão sendo referenciadas (BRASIL, 2010b).

O NASF NA PRÁTICA

Por se tratar de uma estratégia inovadora, a implantação do NASF implica a necessidade de a equipe criar espaços físicos rotineiros com dimensões de suporte para realizar reuniões, planejamentos e discussão de casos, objetivando definir projetos terapêuticos a serem compartilhados por toda a equipe de forma validada e reconhecida por gestores, na forma de PTS e de PST (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A inserção do NASF deveria modificar a interação dos envolvidos no processo, sendo de fundamental relevância um novo planejamento e o exercício da educação permanente que possibilite sua implantação, adaptando-se o saber-fazer à nova perspectiva implantada. O NASF apresenta potencialidades e fragilidades, sendo necessários ajustes para que a prestação de serviço seja mais eficaz e eficiente (ANDRADE *et al.*, 2012).

A efetividade e a qualidade do acolhimento e acompanhamento da saúde no setor primário devem ocorrer de forma transparente e ser alcançadas através da parceria entre o NASF e a ESF. Isso não acontece de forma espontânea e natural, havendo a necessidade de os profissionais assumirem suas responsabilidades em regime de cogestão entre as equipes e sob a coordenação do gestor local, em processos de constante construção.

Diante das responsabilidades que lhes são confiadas, as equipes do NASF assumem o compromisso com a população e com a ESF, propondo-se a identificar as necessidades de saúde comunitária ao mesmo tempo em que fortalecem as equipes de referência. Seu desempenho deverá ser avaliado não só por indicadores de resultado para a população, mas também por indicadores do resultado da sua ação na equipe (BRASIL, 2011c).

No que se refere ao processo de trabalho dos profissionais, espera-se que este seja estabelecido e pactuado entre gestor, equipe do NASF e ESF; as estratégias devem ser definidas e detalhadas criteriosamente, em função de o NASF ser um setor partilhado por peculiaridades pessoais e profissionais. É inegável, também, a necessidade de se desarticularem antigos conceitos e de se instituírem novas concepções e valores coletivos.

Não obstante os avanços e conquistas da ESF, o NASF representa um marco importante na ampliação das possibilidades de se alcançarem melhores resultados em saúde, com enfoque na promoção da saúde e no cuidado à população, principalmente devido ao apoio e suporte que oferece à ESF. A inclusão de novos profissionais de saúde amplia a possibilidade de se responder aos novos e antigos desafios da morbidade dos brasileiros, tais como o sofrimento psíquico, as modificações no padrão nutricional e o aumento da longevidade da população, que, para o sistema de saúde do Brasil, representa um maior número de pessoas com

morbidades e, principalmente, com doenças crônicas não degenerativas.

Além disso, essa estratégia traz possibilidades de se aumentar a oferta de práticas integrativas e complementares, além da oferta da melhor tecnologia disponível para parte das doenças crônicas; não obstante, possibilita uma reflexão acerca de tratamentos baseados apenas na medicalização de pacientes (MENDONÇA, 2009).

ENFRENTAMENTOS DO NASF

Frente à proposta metodológica do NASF no que se refere ao desenvolvimento do trabalho de maneira interdisciplinar, é necessário haver revisão crítica dos processos educativos e formativos que vêm sendo disponibilizados por Instituições de Ensino Superior na formação de profissionais da área da saúde.

Assim, as competências apresentam-se com uma nova perspectiva na formação, embora vários profissionais se deparem com desafios ao trabalhar de maneira inter e transdisciplinar. De forma a corresponder a essas exigências, faz-se necessário refletir sobre a formação e o perfil de competência desejados nessa área, com enfoque não apenas no conhecimento técnico especializado, mas também nas habilidades e atitudes a serem desenvolvidas em prol da saúde da população, de uma forma socialmente responsável (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Diversos desafios são impostos, principalmente quando se avalia a formação de parte dos profissionais de saúde que atuam nessa estratégia, como a necessidade de mudança na organização dos serviços. Nas práticas de saúde, os profissionais que atuam no NASF apresentam dificuldades em criar possibilidades para a atuação conjunta, integrada e intersetorial que incorpore a participação de usuários na atual concepção ampliada de saúde que está sendo assumida pelo SUS; há dificuldades em aprender, no cotidiano, com a assistência e com o trabalho coletivo no território envolvido, o que depende de flexibilidade e interlocução dos envolvidos (MÂNGIA; LANCMAN, 2008).

Dentre as dificuldades que estão sendo identificadas no processo de trabalho do NASF, destaca-se a formação dos profissionais, que, em parte, não atende às

necessidades do SUS e menos ainda da Atenção Básica. A transformação da formação e das práticas é um desafio a ser superado, pois implica mudança de paradigmas já estruturados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais. Com o diálogo e a aproximação, no âmbito das práticas e concepções atuais de atenção à saúde, poder-se-á diminuir o descompasso entre formação e realidade dos serviços. Assim, favorecer-se-á a construção de uma nova forma de trabalho em saúde centrada no usuário, com qualidade, resolubilidade e equidade (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Apesar das conquistas e avanços na área da saúde, a implantação do NASF propõe repensar a formação e as práticas em saúde vivenciadas até o momento pela ESF. O NASF traz como ferramentas para o desenvolvimento de seu trabalho a clínica ampliada, o matriciamento, o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde com foco no território; tudo isso tendo em vista a realização do cuidado ao usuário, além da qualificação das ações das equipes (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Por tratar-se de processo em construção, a implantação do NASF sugere a necessidade de se estabelecer efetivamente uma qualificação profissional, que só será alcançada por meio de reflexão e diálogo, em torno de uma perspectiva que deve ocorrer tanto na esfera interna de cada profissão como no campo da saúde como um todo. Com esse perfil profissional, é possível estabelecerem-se estratégias como o planejamento desenhado coletivamente, reconstruindo o sentido e o significado do seu agir. É necessário que sejam inseridas em sua prática por meio da definição de projetos terapêuticos compartilhados por toda a equipe, de forma validada, permitindo ações significativamente reconhecidas sob o ponto de vista dos gestores (BARBOSA *et al.*, 2010).

A atuação dos profissionais de saúde no NASF depara-se com diversos enfrentamentos, dentre os quais a maneira como as organizações vêm se estruturando, uma vez que 'conspiram' contra o modo interdisciplinar e de interlocução. E, para superar esses desafios, além de trabalhar com a equipe multiprofissional e de maneira interdisciplinar, o sistema precisa de uma cogestão para que os empecilhos sejam conhecidos, analisados e, quando possível, removidos ou enfraquecidos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O NASF, desde sua implantação, emana desafios, especialmente no que refere à dificuldade de contemplar a integralidade da saúde individual e coletiva, conforme proposto pelo MS. Por isso, apresenta limitações no alcance de seus serviços.

O MS propõe que a implantação do NASF e sua estratégia de trabalho ocorram de forma interdisciplinar, em que diferentes conhecimentos, saberes, práticas, valores e modos de relacionamento se encontrem para atingir um objetivo comum. São exigidas dos profissionais atitudes de permeabilidade frente aos diferentes saberes e de flexibilidade frente às diversas necessidades, aspectos que constituem um desafio para com a prática, mas que podem ser superados com a experimentação, isto é, com a vivência durante a ação de apoiar os envolvidos (BRASIL, 2010c).

Vários profissionais de saúde supervalorizam a autonomia, considerando-a direito de deliberar sobre casos de modo isolado e definitivo. Por outro lado, o apoio matricial promove encontros entre distintas perspectivas, obrigando os profissionais a comporem projetos terapêuticos com outras racionalidades e visões de mundo. Entretanto, em casos de impasse – principalmente os de caráter terapêutico –, não há instâncias superiores para resolver o problema, havendo necessidade de o gerente em saúde ter, ao menos, uma pequena capacidade de interferir na conduta específica do especialista. Cabe aos envolvidos no conflito, então, encontrar estratégias que não prejudiquem o usuário nem

interfiram no projeto terapêutico do paciente (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Considerações finais

No sentido de fortalecer o NASF e de ampliar cada vez mais suas ações, estão sendo estimuladas práticas diversas, individuais, coletivas e, principalmente, multidisciplinares, no âmbito das diversas áreas da saúde coletiva na Atenção Básica em Saúde.

Algumas rotinas precisam ser modificadas, e, como consequência, desconfortos serão inevitáveis, instituindo-se consequências diretas à defesa e ao fortalecimento do NASF. Entre as medidas necessárias para a mudança, destacam-se: a reflexão sobre o cotidiano com os atores envolvidos, o investimento no sentido de fortalecer os vínculos e a criação de um espaço para o debate coletivo entre as disciplinas envolvidas no processo de trabalho e na produção do cuidado.

Torna-se indispensável, portanto, a ponderação junto a gestores e organizações comprometidas com a participação social sobre a relação entre a composição das equipes e as necessidades de saúde das comunidades. Importa reconhecer que a qualidade em saúde não depende apenas de uma forma ou modelo, mas também do domínio das competências necessárias ao respectivo exercício profissional. ■

Referências

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

ARAÚJO, M.F.S. *O enfermeiro no Programa de Saúde da Família: prática profissional e construção da identidade.* Conceitos. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=53553>>. Acesso em: 26 abr. de 2012.

BARBOSA, E.G. *et al.* *Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares - MG.* Revista Fisioterapia e Movimento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>

[scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010351502010000200015&lng=en](http://www.scielo.br/)>. Acesso em: 27 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.48-55, 24 out. 2011. 2011a. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/attachments/article/374/PORTARIA%20MS_GM%20N%C2%BA%202.488,%20DE%2021%20DE%20OUTUBRO%20DE%202011.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mais perto de você: a renovação na saúde*. Revista Brasileira Saúde da Família, Ministério da Saúde, Ano XII, nº 30. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia30.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2012.

_____. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. 2011c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 31 jan. 2013.

_____. Ministério do Estado da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010*. Legislações. Gabinete do Ministro. 2010a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/105513-2843.html>>. Acesso em: 22 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. *Caderno Humaniza SUS*. 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2012.

_____. *Oficina de qualificação do NASF*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2010c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina_qualificacao_nasf.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília-DF, 25 jan. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 15 abr. 2012.

CAMPOS, G.S. *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. Cadernos de Saúde Pública. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2012.

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. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000200016&lang=pt&lng>. Acesso em: 28 abr. 2012.

FIGUEIREDO, E.N. *A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS*. UNIFESP. UMA-SUS. 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.

MÂNGIA, E.F.; LANCMAN, S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*; São Paulo, v.19, n.2, ago. 2008.

MARTINES, W.R.V.; CHAVES, E.C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.41, n.3, p.426-433. 2007.

MENDONÇA, C.S. *Saúde da Família, agora mais do que nunca*. Ciências e Saúde Coletiva. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S141381232009000800022&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 abr. 2012.

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

Recebido para publicação em outubro de 2012

Versão final em outubro de 2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra

Racial inequalities and health: healthcare policy cycle of the black population

Luís Eduardo Batista¹, Rosana Batista Monteiro², Rogério Araujo Medeiros³

¹ Doutor em Sociologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) – São José do Rio Preto (SP), Brasil. Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.
matheusbatista@uol.com.br

² Doutora em Educação pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos (SP), Brasil. Professora Adjunta da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos (SP), Brasil.
rosanabmonteiro@hotmail.com.

³ Doutor em Informática em Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo (SP) Brasil.
rmedeiros@unifesp.br.

RESUMO: Este artigo descreve o ciclo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo nos anos de 2003 a 2010. Os estudos epidemiológicos evidenciaram as desigualdades raciais e seu impacto na saúde. A solução encontrada pela SES-SP foi formular e implementar uma política para garantir a atenção à saúde da população negra, inserindo-a no Plano Estadual de Saúde, Planos Operativos Anuais, Termos de Compromisso e Relatório de Gestão. O artigo relata as estratégias, desafios e erros cometidos e sugere caminhos para os gestores que têm interesse em propor ações para redução das iniquidades raciais em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Iniquidade social; política de saúde; saúde da população negra; racismo.

ABSTRACT: *This paper describes the cycle describe by the National Policy of Integral Healthcare of the Black Population (Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da População Negra) – PNSIPN in the State of São Paulo' Health Secretariat within the years 2003 to 2010. Epidemiological studies showed racial inequalities and their impact on health. The remedy found by SES-SP was to formulate and implement a policy to ensure attention to the black population health, being the policy inserted into the State Health Plan, Annual Operating Plans, Terms of Commitment and Management Report. The paper reports the strategies, challenges and mistakes and suggests alternatives for those managers concerned about proposing actions for reduction of racial inequities in health.*

KEYWORDS: *Social inequality; healthcare policy; black population's health; racism.*

Introdução

Na sociedade brasileira, brancos, negros – pretos e pardos – e indígenas ocupam espaços sociais diferentes, que se refletem nos indicadores sociais: negros e indígenas possuem os piores indicadores de escolaridade, estão inseridos nos piores postos de trabalho e têm menos acesso a bens e serviços sociais. Estas desigualdades levam à miséria material, isolamento espacial e social, e restrições à participação política. Este processo, denominado racismo, enraizou-se na cultura, no tecido social e nos comportamentos da sociedade brasileira (MUNANGA, 2006).

Para Werneck (2005), o racismo é um fenômeno ideológico, um importante fator de violação de direitos e de produção de iniquidades, especialmente no campo da saúde. O racismo tem relação com as condições em que a pessoa nasce, com sua trajetória familiar e individual, condições de vida e moradia, condições de trabalho, emprego, renda e de acesso à informação e aos bens e serviços. O racismo também é visível na qualidade do cuidado e assistência prestada, nos perfis e estimativa de mortalidade infantil, nos sofrimentos evitáveis ou mortes precoces, nas taxas de mortalidade da população adulta e nos perfis, indicadores e coeficientes de mortalidade materna.

Batista, Escuder e Pereira (2004) estudaram a mortalidade da população do Estado de São Paulo por raça/cor com a premissa que o racismo é estruturante na sociedade brasileira, e essa violência estrutural resulta em vulnerabilidade para doenças.

Há uma morte branca que tem como causa as doenças, as quais, embora de diferentes tipos, não são mais que doenças, essas coisas que se opõem à saúde até um dia sobrepujá-la num fim inexorável: a morte que encerra a vida. A morte branca é uma “morte morrida”. Há uma morte negra que não tem causa em doenças; decorre de infortúnio. É uma morte insensata, que bule com as coisas da vida, como a gravidez e o parto. É uma morte insana, que aliena a existência em transtornos mentais. É uma morte de vítima, em agressões de doenças

infecciosas ou de violência de causas externas. É uma morte que não é morte, é mal definida. A morte negra não é um fim de vida, é uma vida desfeita, é uma Átropos ensandecida que corta o fio da vida sem que Cloto o teça ou que Láquesis o meça. A morte negra é uma morte desgraçada. BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004, p.635).

Para dar respostas a essas iniquidades, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo escolheu técnicos que teriam como responsabilidade (1) dialogar com sociedade civil e identificar propostas e soluções para garantir a atenção à saúde da população negra; (2) formular propostas; (3) colocar a solução em andamento, implementando políticas, programas e ações; e (4) traduzir os objetivos das políticas em estratégias para que possam compor os marcos regulatórios da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS-SP) e, finalmente, monitorar e avaliar as metas e resultados – Ciclo da Política (VIANA; BATISTA, 2008, p.74; JANUZZI, 2012, p.41).

Neste artigo, descreve-se o ciclo da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PNSIPN) na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo nos anos de 2003 a 2010.

Analizou-se o processo de implantação da PNSIPN a partir dos registros do Plano Estadual de Saúde (2008-2011), de publicações institucionais como ‘Saúde São Paulo’, Planos Operativos Anuais e Relatório de Gestão 2008-2010 da Área Técnica Saúde da População Negra, além de documentos elaborados e memórias de reuniões em que os autores estiveram presentes.

CICLO DA PNSIPN

Em novembro de 2006, o Conselho Nacional de Saúde aprovou por unanimidade a criação da PNSIPN, reconhecendo as desigualdades raciais como fatores que interferem no processo saúde, doença, cuidado e morte, bem como a necessidade de implementar políticas que combatessem as iniquidades. Entretanto, a PNSIPN só foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite em 2008, e o Ministério da Saúde só publicou em maio de

2009 a Portaria reconhecendo que o racismo existente na sociedade brasileira impacta a saúde,

a redução das desigualdades sociais, considerando como causas determinantes e condicionantes de saúde: modos de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros, podem estar associados ao racismo e a discriminação social” (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, ao reconhecer o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde da população, elencou os seguintes objetivos específicos:

- Aprimorar os sistemas de informação em saúde pela inclusão do quesito cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelo Sistema Único de Saúde (SUS);
- Desenvolver ações para reduzir indicadores de morbimortalidade materna e infantil, doença falciforme, hipertensão arterial, diabetes mellitus, HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, cânceres de colo uterino e de mama, miomas, transtornos mentais na população negra;
- Garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta e, em particular, das populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde; e
- Garantir o fomento à realização de estudos e pesquisas sobre racismo e saúde da população negra.

A IMPLANTAÇÃO DA PNSIPN NO BRASIL

A implantação da PNSIPN tinha a finalidade de destacar a importância do racismo como determinante social da saúde. A responsabilidade por sua implementação coube às diversas Secretarias Estaduais e Municipais e

órgãos do Ministério da Saúde, sob a coordenação geral da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP-MS).

A SGEP-MS seria responsável pela disseminação da Política, sensibilização dos profissionais, monitoramento, avaliação e apoio técnico aos departamentos e áreas do Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde de estados e municípios. O Quadro 1 sintetiza consulta realizada pela SGEP-MS às diferentes áreas do Ministério da Saúde e ações que foram realizadas pelos departamentos para responder à implementação da PNSIPN.

A criação de Comitês Técnicos de Saúde da População Negra, Áreas Técnicas SPN ou responsável técnico para coordenar as ações em SPN deveriam compor as estratégias definidas por Secretarias Estaduais e Municipais para disseminar a Política, sensibilizar profissionais e inserir a Política no SUS. De acordo com levantamento realizado pelo Departamento de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, dez estados da federação criaram áreas técnicas, dois estabeleceram comitês técnicos de saúde da população negra e outros dois definiram um responsável técnico. As atividades realizadas para sensibilizar gestores, profissionais e sociedade civil incluíram seminários, oficinas, campanhas, intervenção no Dia Nacional de Mobilização Pró-SPN e no Dia da Consciência Negra. (BRASIL, 2011)

A IMPLANTAÇÃO DA PNSIPN NO ESTADO DE SÃO PAULO

Batista e Monteiro (2010) relataram que a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo foi uma das primeiras a implantar políticas para garantir a atenção integral à saúde da população negra, processo que se deu em duas etapas. Na primeira (2003-2007), realizaram-se ações de disseminação da política e de sensibilização dos profissionais de saúde. Na segunda (2007-2010), elaboraram-se projetos e propostas de políticas para garantir a saúde da população negra dentro dos demarcadores e instrumentos de gestão do SUS: Plano Estadual de Saúde, Pacto pela Saúde do Termo de Compromisso de Gestão Estadual, Planos Operativos Anuais e Relatório de Gestão.

Quadro 1. Ações realizadas pelo Ministério da Saúde para implementar a PNSIPN, 2012

ÁREA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	AÇÕES REALIZADAS / APOIADAS	ANO
Departamento de Gestão Estratégica e Participativa/DAGEP	Fomento a criação de instância de promoção da equidade	2008-2012
	Fortalecimento do processo de mobilização social	2010
Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (DEMAS) - Saúde da Mulher	Publicação do "Painel de Indicadores do SUS n. 5"	2008
	Financiamento do curso de Especialização em Saúde das Mulheres Negras (UFMA)	2006
	Financiamento para formação de profissionais especializados em Atenção à Saúde da Mulher (UFBA)	2006
	Reimpressão do <i>Manual para Atenção à Saúde das Mulheres Negras</i>	2005
	Distribuição da caderneta da criança, com quesito cor	sd
Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais	Editais de pesquisa "População Negra e HIV/AIDS"	2005
	Vídeo AIDS e Religiões de matriz africana	2004
Departamento de Análise da Situação de Saúde (DASIS)	Implementação dos Núcleos de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde, com quesito cor	sd
	Ficha de notificação e investigação de violência doméstica, sexual e /ou outras violências, com quesito cor	2006
	Saúde Brasil, com quesito cor	2005-2013
Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT)	Edital de Pesquisa - convocatória n. 26/2006	2006

Fonte: Ministério da Saúde/ SGEP. Balanço do processo de implementação da PNSIPN. Relatório preliminar. 2011.

Dentre as ações de disseminação e sensibilização desenvolvidas no período 2003-2007, mereceram destaque: a produção do conhecimento científico sobre a temática; apoio aos municípios que possuíam comunidades remanescentes de quilombos, atendidas por equipes do QUALIS-PSF; apoio à Rede de Religiões afro-brasileiras e saúde seccional São Paulo; sensibilização do movimento social, de profissionais de saúde e de

gestores a partir da realização de seminários estaduais, regionais e municipais sobre Saúde da População Negra e a Criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra (RESOLUÇÃO SS 4, de 13.01.2006).

Em 2007, a SES-SP, considerando que as políticas públicas de saúde devem estar atentas à identificação de problemas prioritários para populações específicas e em situação de vulnerabilidade, criou o Grupo Técnico de

Ações Estratégicas (GTAE), formalizado por meio da Resolução SS, nº 282, de 3.8.2007. Coube ao GTAE desenvolver políticas, programas, e ações estratégicas direcionadas às populações com necessidades específicas, como população negra, população indígena, pessoas com deficiência, e pessoas privadas de liberdade, dentre outras. As políticas e programas deveriam estar articulados com o SUS e ter como meta combater as iniquidades.

A missão da Área Técnica Saúde da População Negra seria apoiar e estimular a formulação de políticas públicas para reduzir as iniquidades desse segmento populacional e assessorar tecnicamente o Secretário de Estado da Saúde, os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e os municípios para a implantação da Política Estadual de Saúde e da atenção integral à saúde da população negra. Durante a elaboração do Plano Estadual de Saúde (2008-2011), a área técnica e o comitê técnico elaboraram os objetivos, as metas e as ações estratégicas necessárias para “Garantir a atenção integral à saúde da população negra” (SOUZA; VAZ MENDES; BARROS, 2008).

A garantia à atenção à saúde da população negra foi definida como uma das prioridades estaduais complementares tanto no Pacto pela Saúde do Termo de Compromisso da Gestão Estadual como no Plano Estadual de Saúde e nos Planos Operativos Anuais. A institucionalização da temática racial nos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo teve seu apogeu a partir de 2007, com a criação da Área Técnica Saúde da População Negra no Grupo Técnico de Ações Estratégicas da Coordenadoria de Planejamento e Saúde. Dentre suas principais intervenções, destacam-se:

- Plano Estadual de Saúde – elaboração do texto do Plano Estadual de Saúde que propõe ‘garantir a atenção integral à saúde da população negra’.
- Plano Operativo Anual – elaboração de metas e estratégias para cumprir a Política Estadual de Saúde, o Plano Estadual de Saúde e a atenção à saúde da população negra.

- Quesito cor nos sistemas de informação do SUS – inclusão do quesito cor no Sistema de Informação Hospitalar e no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde; em dezembro de 2007, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 719 de 28.12.2007.
- Articuladores de Saúde da População Negra nos DRS – criação de articuladores de Saúde da População Negra nos dezessete Departamentos Regionais de Saúde, possibilitando a capilaridade da Política pelos municípios do Estado.

Avalia-se que a inserção da questão racial nos instrumentos demarcatórios e regulatórios do SUS e as tecnologias desenvolvidas para subsidiar a implementação da PNSIPN foram fundamentais para a institucionalização da política de atenção à saúde da população negra no Estado de São Paulo.

QUESITO COR

- Em 2002, o Centro de Referência e Treinamento em DST/HIV/AIDS de São Paulo, ao realizar a atualização da matrícula dos 2.547 pacientes usuários do ambulatório, utilizou o quesito cor – branco, preto, pardo, amarelo e indígena – por autotaxonomia. Verificou-se, então, a dificuldade em se coletar a informação raça/cor. Para sanar essa dificuldade, em 2003, o programa estadual de DST/HIV/AIDS realizou o projeto piloto ‘Coleta da informação Quesito Cor/raça/etnia em serviços de DST/AIDS do Estado de São Paulo’, realizado em ambulatórios e serviços de 30 municípios do Estado de São Paulo.
- Em 2005, a razão da mortalidade materna no ESP era de 41 óbitos para cada mil nascidos vivos, constatando-se que esta razão era seis vezes maior entre as mulheres negras. As evidências dos dados epidemiológicos; as desigualdades no acesso a serviços entre as mulheres brancas e negras; os diagnósticos do impacto do racismo na saúde; os desafios no campo da humanização; e

a necessidade de informações sobre o perfil da morbidade segundo raça/cor motivaram os representantes da sociedade civil, do Comitê Técnico de Saúde da População Negra de São Paulo e do Instituto Amma, Psique e Negritude a apresentar projeto de formação, ação e intervenção denominado 'Humanização do parto e puerpério: questões étnico-raciais e de gênero', realizado no Hospital Geral de São Mateus (SÃO PAULO, 2009c).

Essas experiências da SES-SP possibilitaram que a Área Técnica Saúde da População Negra propusesse à Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo a inclusão do quesito cor nos sistemas de informação do SUS. A proposta foi aprovada pela Bipartite estadual em 16.8.2007 e, posteriormente, submetida ao Ministério da Saúde para 'incluir o campo raça/cor nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar do SUS (SIA e SIH/SUS)'. A Portaria GM, nº 719, de 28.12.2007 determinou em seu artigo primeiro a inclusão do quesito cor nesses sistemas de informação.

TECNOLOGIAS DESENVOLVIDAS PARA SUBSIDIAR A IMPLEMENTAÇÃO DA PNSIPN

Como discutir as temáticas relacionadas às iniquidades raciais com profissionais de saúde? A solução encontrada para cumprir esse desafio foi investir na educação permanente desses profissionais, realizar projetos e propostas e produzir materiais instrucionais sobre cada um dos projetos de formação desenvolvidos. Destacam-se as seguintes produções:

- Livro e DVD do projeto 'Humanização do Parto e Nascimento e as Questões Étnico-Raciais e de Gênero' – projeto piloto realizado no Hospital Geral de São Mateus que teve por objetivo discutir os diferenciais na mortalidade materna e infantil da população segundo raça/cor com profissionais que atendem às mulheres gestantes e puérperas;
- DVD e Livreto 'Saúde com Cultura' – projeto piloto realizado em parceria com a Secretaria de Estado da Cultura que teve por objetivo sensibilizar os profissionais de saúde para compreender, interpretar e analisar a experiência, os valores e crenças dos usuários do SUS a partir das manifestações culturais, como a música, danças, oralidade e história das culturas africana e afro-brasileira. O público-alvo incluiu profissionais de saúde dos grupos de humanização dos hospitais e dos Departamentos Regionais de Saúde – articuladores de saúde da população negra, saúde da mulher, criança, idoso, grupos de humanização e os Centros de Desenvolvimento e Qualificação do SUS;
- Resolução SS-82 de 23.6.2010, visando à Política de Atenção Integral às pessoas portadoras de hemoglobinopatias – o estudo sobre atenção aos pacientes portadores de anemia falciforme e outras hemoglobinopatias na Macrorregião de São José do Rio Preto – DRs de Araçatuba, Barretos e São José do Rio Preto – teve como meta subsidiar a elaboração da Política Estadual de Atenção à Pessoa com Doença Falciforme no Estado, a articulação dessa política com a Política de Triagem Neonatal do Estado de São Paulo e a articulação dessas políticas de atenção básica aos centros de referência regional, hemocentros, hemonúcleos e serviços terceirizados;
- Exposição fotográfica 'África em Nós';
- Articulação com associações de patologias – anemia falciforme; lideranças religiosas e movimentos negros;
- Parceria com o Conselho de Participação e Desenvolvimento da Comunidade Negra do Estado de São Paulo – articulação com diferentes esferas do governo que tinham como missão implantar ações afirmativas: Secretaria de Justiça, Secretaria da Cultura, Secretaria da Educação, Secretaria da Agricultura e Secretaria de Relações Institucionais dentre outras; e

- Introdução do indicador mortalidade por Causas Mal Definidas desagregado por raça/cor no SISPACTO e na Matriz de Indicadores de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde.

AS TECNOLOGIAS DESENVOLVIDAS PARA A GESTÃO DA PNSIPN

Durante a elaboração do Plano Estadual de Saúde 2008-2011, incluiu-se como meta estadual “Garantir a atenção integral à saúde da população negra”, o mesmo ocorrendo com o Pacto pela Saúde do Termo de Compromisso da Gestão Estadual e com Planos Operativos Anuais (SÃO PAULO, 2008, p.126-32).

A inserção da temática racial como um tema nos instrumentos demarcatórios de pacto e gestão do SUS-SP foi um grande avanço. As ações propostas para ‘atenção à saúde da população negra’ no Plano Estadual de Saúde foram reproduzidas em planos estaduais e municipais de outros estados da federação.

É importante destacar que a tradução das diretrizes da PNSIPN em Objetivos, Ações Estratégicas, Metas e Resultados para um Plano Estadual e Municipal de Saúde transformou-se em tecnologia desenvolvida pela SES-SP. Entretanto, ainda permanecia o desafio de como avaliar a implementação da Política. Uma tentativa foi incluir o indicador ‘Percentual de Óbitos mal definidos por raça/cor’ no Pacto de Indicadores (SISPACTO) e na Matriz de Indicadores de Saúde da SES-SP para se avaliar se a informação raça/cor era registrada e analisar a possibilidade de sua utilização como indicador de monitoramento e avaliação da Política.

INDICADORES COM RECORTE RACIAL: UM DESAFIO

Desde 1996, o Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação em Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde possuem a informação sobre a cor da população. Atualmente, são várias as fontes de dados secundários em saúde gerenciados pelo Ministério da Saúde que informam o quesito cor. Todavia, esse gerenciamento é realizado por áreas distintas; nem todos utilizam o padrão do IBGE ou apresentam orientação detalhada para o preenchimento correto das

variáveis. E se desconhece a qualidade da informação sobre o quesito cor.

Soares Filho (2012, p.45) elaborou o quadro “Tipificação do quesito raça/cor coletados pelos sistemas nacionais de informação em saúde” em que apresenta os sistemas de informação utilizados pelas diferentes áreas do Ministério da Saúde – SIM, SINASC, SINAM etc: o que cada um propicia, área de cobertura, orientação de preenchimento do quesito cor e área responsável pelo gerenciamento do sistema. Segundo o autor, cada área temática do Ministério da Saúde cria e gerencia seu próprio sistema de informação.

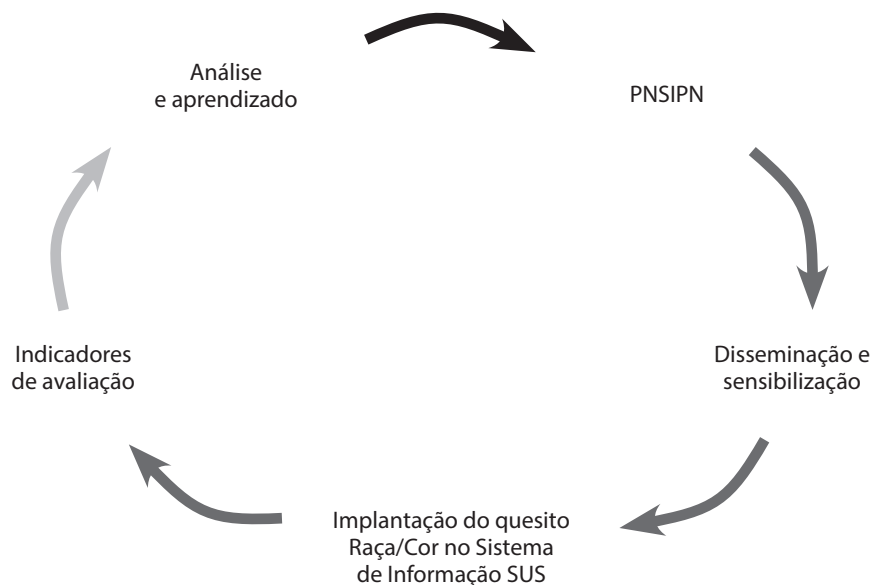
A informação qualificada do quesito cor nos sistemas de informação do SUS possibilitaria o monitoramento e o acompanhamento da PNSIPN. O problema é que os dados não foram desagregados por raça/cor nos Indicadores de Apoio à Gestão, Matriz de Indicadores ou Indicadores Básicos de Saúde utilizados pelo ministério, secretarias estaduais e municipais.

Nas instituições, o racismo pode se manifestar de várias formas: desde a dificuldade em reconhecer e abordar os determinantes sociais das condições em saúde, produzir e utilizar dados desagregados para orientar a tomada de decisão, a definição de prioridades e a alocação de recursos, mas também se manifesta na ausência de mecanismos de coibição das práticas racistas inadmissíveis. Por isso, para promover a equidade, tudo fica mais complexo. Não serão estabelecidas metas diferenciadas e nem indicadores sensíveis, não serão oferecidos investimentos numa formação de qualidade e nem no processo de educação permanente para os profissionais, porque segue-se reiterando que o problema é outro, que o problema é resíduo das desigualdades de classe, da história da escravidão, difícil e sem solução (LOPES, 2013, p.24).

DESAFIO AO CICLO DA PNSIPN

Os estudos sobre desigualdades em saúde evidenciam o racismo como determinante social da saúde e seus impactos, conforme indicado pelos diferenciais no perfil da

Figura 1. Ciclo da avaliação da Política de Saúde da População Negra no ESP



Fonte: Elaboração própria

morbimortalidade da população segundo raça/cor. Para responder às necessidades desse segmento da população, o Ministério da Saúde criou, em 2006, a PNSIPN.

Inseriu-se a Política na agenda da política de saúde, identificando-se alternativas, opções e tecnologias para subsidiar sua implementação, além de possíveis indicadores para seu monitoramento e avaliação.

Levando em consideração a criação da PNSIPN pelo Ministério da Saúde e sua implementação no Estado de São Paulo, verificou-se que Ciclo da PNSIPN permanece em construção.

No estágio atual da implementação da PNSIPN, é necessário definir indicadores que possam ser utilizados para monitorar e avaliar suas diferentes etapas. Para isso, poderiam ser utilizados os indicadores da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) e os Indicadores de Dados Básicos, agora, desagregados por raça/cor. A partir dessas informações, os sistemas locais conseguiriam observar detalhadamente sua realidade, aprimorando, assim, a Política. Isso permitiria analisar as revisões necessárias ao aperfeiçoamento do Ciclo. Com os dados desagregados por raça/cor, será possível verificar se:

- A Política está atingindo os objetivos propostos;
- É necessário continuar investindo na sensibilização e no treinamento dos profissionais de saúde para melhor preenchimento do quesito cor;
- A Política foi adequadamente implantada ou se ainda há funcionalidades a serem desenvolvidas ou implementadas;
- Os indicadores utilizados são adequados para monitorar e validar o processo e a Política;
- Geraram-se novos conhecimentos; e
- Houve melhoria da saúde das populações que se encontram em situação de vulnerabilidade.

Conclusão

A PNSIPN se insere no âmbito do combate às iniquidades na saúde e no aperfeiçoamento do Sistema

Único de Saúde. A PNSIPN, quando articulada no interior do SUS, busca reduzir as desigualdades raciais, incluir grupos socialmente vulneráveis, complementar, aperfeiçoar e viabilizar a política universal no âmbito da saúde pública, utilizando seus instrumentos de gestão e observando as especificidades do processo saúde-doença da população.

O Ciclo para destacar a importância do racismo como determinante social da saúde envolveu a entrada da temática na agenda, a criação da Política, sua implementação e disseminação, além da sensibilização de profissionais e sociedade civil e implantação do quesito raça/cor nos sistemas de informação. Mas é necessário investir em indicadores de avaliação e na renovação do

aprendizado para permitir o aperfeiçoamento e retroalimentação da Política.

Ao analisar o processo de implantação da PNSIPN no Estado de São Paulo a partir de diretrizes definidas em âmbito nacional, verificou-se que o Ciclo está incompleto, sendo necessário investir em suas etapas finais: reuniões para definir indicadores de avaliação e monitoramento para retroalimentação. Cabe salientar que a idéia não seria criar novos indicadores de saúde, mas atualizar os tradicionalmente usados no campo da saúde coletiva, desagregados por raça/cor, e promover a comparação desses indicadores entre as diferentes regiões de saúde, estados e municípios. ■

Referências

BATISTA, L.E.; MONTEIRO, R.B. Política de saúde da população negra: focalizando para promover a universalização do direito à saúde? *Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v.12, n.2, p.172-178, 2010.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para organização, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p.18055-9.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n.992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 14 maio 2009. Seção 1,

_____. Ministério da Saúde. Balanço do processo de implementação da PNSIPN. Relatório preliminar. 2011.

BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CECÍLIO, L.C. As necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p.113-126.

JANUZZI, P.M. *Indicadores sociais no Brasil*. Campinas: Editora Alínea, 2012.

LOPES, F. Conceitos e aplicabilidades dos determinantes sociais da saúde-DSS nas políticas do SUS. In: RELATÓRIO final do Fórum Enfrentando o Racismo Institucional para Promover Saúde Integral da População Negra no Sistema Único de Saúde, 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/biblioteca/relatorio_finalizado0001.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2013.

MUNANGA, K. *Ata da 17ª reunião especial da Assembléia Legislativa de Minas Gerais*. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/dia/A_2002/06/L150602.htm>. Acesso em dez. 2013.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Boletim Epidemiológico Paulista*. Suplemento 6, v.3, dez. 2006.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Plano Estadual de Saúde (2008-2011)*. São Paulo, 2008. 300p.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Saúde São Paulo*, n.14, jun. 2009a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Saúde com Cultura*: guia de orientação. 2009b. 20p.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Seminário de Saúde da População Negra do Estado de São Paulo*: ações do Estado

de São Paulo em saúde da população negra, 5. 2009c.

SOARES FILHO, A. O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde no Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. In: BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (Org.) 2. ed. rev. e ampl. *Saúde da população negra*. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 34-61.

SOUZA, R.R; VAZ MENDES, J.D.; BARROS, S. (Org.). *20 anos do SUS São Paulo*. São Paulo: SES-SP; 2008.

VIANA, A.L.D.; BAPTISTA, T.W.F. Análise de políticas de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.65-105.

WERNECK, J. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. In: BRASIL. Fundação Nacional De Saúde. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: Funasa, 2005. p.315-386.

Recebido para publicação em novembro de 2013

Versão final em dezembro de 2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

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.ceb.com.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 daqueles 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) recusa do 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 Sanitária¹.
- 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 título 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, set./dez. 2010, p. 349-370.

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.com.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.
 - 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. Footnotes markings, if absolutely necessary, must be overwritten and sequential. Example: Sanitary Reform¹.
- 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.
- The total of pictures and tables allowed must be five per text.
- 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 coversheet.

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

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

modesign

Imagem de capa

Cover image

iStock

Normalização e revisão de texto

Normalization and proofreading

Lenise Saraiva de Vasconcelos Costa

Impressão / Printing

Walprint

Tiragem / Number of Copies

2.000 exemplares/copies

Esta revista foi impressa no Rio de Janeiro em janeiro de 2014

Capa em papel cartão supremo 250 g/m²

Miolo em papel kromma silk 90g/m²

This publication was printed in Rio de Janeiro in January, 2014

Cover in premium card 250 g/m²

Core in kromma silk 90g/m²

Fax.: (21) 2260-3782

Site: www.cebes.com.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, 2013.

v. 37. n. 99; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES

CDD 362.1

cebes

cebes



cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.com.br | www.saudeemdebate.org.br