



# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro, v. 37, n. 98 • jul/set 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  
Sulamís 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  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



# saúde

## EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

---

Rio de Janeiro • v. 37, n. 98 • jul/set 2013

---

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

---

366 EDITORIAL • EDITORIAL

ARTIGOS ORIGINAIS • ORIGINAL ARTICLES

PESQUISAS • RESEARCH

**372 A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica**

*Construction of Unified Health System and health workforce planning in Brazil: a brief historical trajectory*

Manoela de Carvalho, Nelson Rodrigues dos Santos, Gastão Wagner de Sousa Campos

**388 Condições cardiológicas sensíveis à atenção primária em serviço terciário de saúde: apenas a ponta do iceberg**

*Cardiac primary care sensitive conditions in a tertiary health service: only the tip of the iceberg*

José Antônio Ferreira Martins, Selma Cristina Franco

**400 Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha**

*Strategies for integrating primary health care with specialized care: parallels between Brazil and Spain*

Patty Fidelis de Almeida, Juan Gérvas, José-Manuel Freire, Lúgia Giovanella

**416 Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB**

*Employee performance appraisal as a peculiar way of prescribing work: an analysis of PMAQ-AB*

Paulo Navarro de Moraes, Aparecida Mari Iguti

**427 Análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Paraná**

*Family Health Support Teams distribution and professional composition in Paraná*

Alessandro Rodrigo Pedroso Tomasi, Maria Lucia Frizon Rizzotto

**437 Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde**

*Knowledge of users, workers and managers about Health Councils and councilors*

Camila Sartori Martins; Michele Thaís Sartori; Helena Luiza Douat Dietrich; Fabiane Barbero Klem; Camilo Dallagnol; Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque; Paulo de Oliveira Perna; Samya Mehanna.

**446 Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência**

*Women in prison: meanings and everyday practices of coping with emphasis on resilience*

Gigliola Marcos Bernardo de Lima, André de Faria Pereira Neto, Paulo Duarte de Carvalho Amarante, Maria Djair Dias, Maria de Oliveira Ferreira Filha



**457**    **Concepções dos profissionais da atenção básica à saúde acerca da abordagem da violência doméstica contra a mulher no processo de trabalho: necessidades (in)visíveis**  
*Primary health care professionals' conceptions about domestic violence against women in the labor process: (in)visible necessities*  
Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas, Maria Helena Barros de Oliveira, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva

**467**    **A vivência das profissionais do sexo**  
*The experience of sex workers*  
Laécia Lizianne de Paiva, Janieiry Lima de Araújo, Ellany Gurgel Cosme do Nascimento, João Carlos Alchieri

ENSAIOS • ESSAYS

**477**    **A clínica em movimento na saúde de TTTs: caminho para materialização do SUS entre travestis, transsexuais e transgêneros.**  
*Clinics on the move in TTT's health: the path to materialization of SUS among transvestites, transsexuals and transgendered.*  
Eduardo Corsino Freire, Fátima Cristina Alves de Araujo, Ândrea Cardoso de Souza, Dalvani Marques

**485**    **Assassinatos de travestis e “pais de santo” no Brasil: homofobia, transfobia e intolerância religiosa**  
*Murder of transvestites and “pais de santo” in Brazil: homophobia, transphobia and religious intolerance.*  
Felipe Bruno Martins Fernandes

REVISÃO • REVIEW

**493**    **Conjugalidades múltiplas nas travestilidades e transexualidades: uma revisão a partir da abordagem sistêmica e da psicologia social**  
*Transvestites and transsexual multiple conjugalities: a systemic and social psychology review*  
Eduardo Lomando, Henrique Caetano Nardi

**504**    **Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos**  
*Abortion and public health in Brazil: reflections from the perspective of human rights*  
Karla Ferraz dos Anjos; Vanessa Cruz Santos; Raquel Souzas; Benedito Gonçalves Eugênio

**516**    **Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil**  
*Homosexuality and the right to health: a challenge for health policies in Brazil*  
Grayce Alencar Albuquerque, Cíntia de Lima Garcia, Maria Juscinaide Henrique Alves, Cicera Monalisa Holanda Teles de Queiroz, Fernando Adami

RELATO DE EXPERIÊNCIA • CASE STUDY

**525**    **Percepções acerca da condição de vida e vulnerabilidade à saúde de travestis**  
*Perceptions on life conditions and health vulnerability of transvestites*  
Sylvia Maria Godoy Amorim, Fernanda de Sousa Vieira, Ana Paula Brancaleoni

## Saúde para grupos LGBT exige a radicalização democrática

Os movimentos sociais de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) vêm construindo trajetórias e narrativas que alargam os sentidos e os objetivos das mudanças rumo à desejável radicalização da democracia em nível nacional. O feminismo e os movimentos articulados em torno da AIDS, configurados como lutas por emancipação e inclusão social, trazem a sexualidade, os direitos sexuais e a vida privada ao âmbito da nova construção e da prática democrática, e rompem amarras impostas pelos interesses, até então, hegemônicos.

Para o setor da saúde é fundamental compreender esses movimentos e incorporar as demandas dos grupos sociais, não apenas para o cumprimento dos princípios da universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), mas, essencialmente, pela importância que a participação social e a democracia participativa têm e tiveram na gênese e na sobrevivência do direito universal à saúde e do SUS.

Pelo menos duas situações podem ser identificadas quando são analisadas a organização e a oferta de serviços pelo SUS sob o ponto de vista das demandas e necessidades de grupos LGBT: a discriminação e a impropriedade da oferta de atenção e de cuidados. A questão da discriminação, associada ao preconceito e às moralidades, é de difícil reversão, e envolve complexas medidas, desde os serviços e formação dos profissionais de saúde até a imediata instalação, no interior das instituições, de mecanismos que permitam a sua visibilidade, apuração e punição. Já os problemas vinculados à oferta exigem maior amplitude na identificação das necessidades e demandas desses grupos, que não se restringem às doenças sexualmente transmitidas.

Há uma ampla constatação de que os direitos humanos dos grupos LGBT são violados ou negligenciados. O setor da saúde tem se mostrado permeável ao debate e à incorporação de desafios e inovações de diversas naturezas, o que ocasiona uma expectativa positiva quanto às mudanças. Entretanto, para a satisfação e a consolidação do direito à saúde integral para essa população, é necessária uma ressignificação dos direitos sexuais e reprodutivos a partir da desnaturalização da sexualidade e de suas formas de manifestação.

Para tanto, é fundamental considerar a eliminação da medicalização da sexualidade, que tende a normatizar as expressões da sexualidade humana a partir do “padrão” e da lógica heteronormativa e linear, prevalente na determinação baseada na imposição do biológico sobre as identidades de gênero, estas constituídas por fatores e condicionantes bem mais complexos e multifacetados.

No bojo dessas mudanças, é fundamental considerar legítimos outros discursos sobre a sexualidade humana, e, ao mesmo tempo, desconstruir saberes e

poderes associados à medicina que tendem a patologizar e à medicalizar o que é “diferente” ou “desviante da normalidade”. Tais pré-conceitos e práticas médicas denunciam a persistência da visão essencialista e o não reconhecimento, no humano, dos processos constitutivos e das práticas sociais e relacionais vinculadas à sexualidade.

A sociedade brasileira, nos últimos tempos, “descobriu” que abriga no seu interior uma diversidade de grupos sociais, com culturas distintas e múltiplas sexualidades e identidades de gênero, antes ocultos e sufocados pelas moralidades e pelos valores patriarcais conservadores. A diversidade, hoje finalmente reconhecida, mostra as possibilidades plurais de constituições humanas em termos psíquicos e relacionais, e que o olhar e as práticas dos profissionais e dos serviços de saúde devem se pautar em resguardar aos sujeitos humanos o direito à autonomia, ao livre desenvolvimento da personalidade, à privacidade e à dignidade. Isso implica conceber a homossexualidade, os travestismos e as transexualidades como possibilidades humanas legítimas, assim como a heterossexualidade, e não como desvio de um padrão de normalidade.

No Brasil, há uma perigosa onda conservadora com relação aos direitos dos grupos LGBT, a despeito da retirada da categoria homossexualismo dos compêndios nosográficos e do fato de que em diversos campos do saber há consenso quanto ao caráter não patológico das práticas homoeróticas. Sob essa perspectiva, devem ser celebradas normatizações específicas, ocorridas nos órgãos reguladores de categorias profissionais da área da saúde, particularmente, o caso do Conselho Federal de Psicologia (1999), que, através da Resolução N° 001/99, estabelece normas de atuação para psicólogos no tocante à questão da orientação sexual. Tais normas orientam que os profissionais devem contribuir com o seu conhecimento para reflexões críticas sobre os preconceitos e primar pelo combate à discriminação e ao estigma contra aqueles que apresentam comportamentos ou práticas homoeróticas, não devendo exercer quaisquer ações que favoreçam a patologização dessas pessoas, nem adotar ações coercitivas que tendam a orientar homossexuais a tratamentos não solicitados.

O Conselho Federal de Serviço Social (2006), por sua vez, através da Resolução n°. 489/2006, estabelece normas vetando condutas discriminatórias ou preconceituosas em função da orientação e da expressão sexual, no exercício profissional do assistente social, resguardando ao sujeito o direito à singularidade e à diferença subjetiva.

No SUS, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria N° 675/GM, D.O.U 31/03/2006) (BRASIL, 2006) deu um passo à frente ao assegurar

o atendimento humanizado e livre de preconceito e discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, inclusive, assegurando o uso do nome social para travestis e transexuais como estratégia de promoção de acesso ao sistema de saúde.

Outro desafio posto para o SUS é o rompimento da naturalização da configuração familiar heterossexual, particularmente, na abordagem realizada por meio da estratégia da Saúde da Família, que é realizada por profissionais de saúde que precisam conhecer e reconhecer a legitimidade das diferentes modalidades de constituição de redes familiares distintas do padrão heterossexual.

A história mundial recente vem consolidando as lutas populares e reafirmando o novo ideal democrático, que requer a real emancipação social de classes sociais e de grupos morais submetidos à opressão. Esses ideais devem ser edificados a partir da ruptura com os valores e imposições do capitalismo.

Sob essa perspectiva, impõem-se o resgate e a radicalização da democracia, hoje consumida e desgastada pelo liberalismo capitalista. Nesse sentido, o alerta de Boaventura Souza Santos é enfático, ao afirmar que “o capitalismo não exerce o seu domínio senão servindo-se de outras formas de opressão, nomeadamente, do colonialismo e do patriarcado”. A nova democracia, prossegue Boaventura, deve ser “uma democracia radical, além de anticapitalista tem de ser também anticolonialista e antipatriarcal”.

Diretoria Nacional do Cebes



## Health for LGBT groups demands democratic radicalization

Lesbian, Gay, Bisexual, Transvestite and Transsexual (LGBT) social movements are building paths and narratives which enlarge directions and goals towards the desirable nationwide radicalization of democracy. Feminism and AIDS-related movements, set as fights for social inclusion and emancipation, bring sexuality, sexual rights and private life to the range of the new democratic practice and construction, and tear limits set by interests so far considered hegemonic.

The health sector needs, in a fundamental way, to comprehend these movements and incorporate the social groups' demands, not only in order to fulfil Sistema Único de Saúde's universality and integrality principle, but essentially for the relevance that social involvement and participative democracy have and had on the genesis and survival of both the universal right to health and Sistema Único de Saúde (SUS).

At least two situations can be indentified while analyzing the services offered by SUS by LGBT group's point of view: Discrimination and improper attention and care offerings. Discrimination, associated to prejudice and moralities is a situation hard to reverse, as it involves complex measures that range from the training of professionals to the immediate adoption of mechanisms capable of indentifying those situations and applying proper punishment, while the problems regarding offer demand a better identification of these groups' problems and demands, since they are not exclusively restricted to sexually transmitted diseases.

There is a big recognition that LGBT's human rights are violated or neglected. The health sector has showed itself open to debating and incorporating various types of challenges and innovations, what supports positive expectations for changes. However, to satisfy and consolidate the right to integral health for this part of the population, reproductive and sexual rights have to have their meanings modified by denaturalizing sexuality and its expression forms.

To achieve such goal, it is fundamental to consider the extinction of the sexuality medicalization, what tends to standardize human sexuality expressions by a "standard" and a heteronormative and linear logic, dominant on the determination based on the biological imposition over gender identities, constructed by complex factors and determinants.

Within the extent of these changes, it's necessary to consider legitimate other thoughts about human sexuality, and at the same time, deconstruct knowledge and power linked to medicine that tend to treat as pathology everything that is "different" or "deviant from what's normal". These prejudice and medical practices surface the persistence of the essentialist point of view and the human lack of recognition of the of the building processes and social practices linked to sexuality.

Brazilian society has lately “discovered” that is home to a diversity of social groups, with distinct cultures and multiple sexualities and gender identities, once hidden and suffocated by moralities and patriarchal conservative values. Diversity, finally recognized nowadays, shows the plural possibilities of human constitution, and also states that actions by professionals from health services have to be guided by guaranteeing to humans their right to autonomy, free personality development, privacy and dignity. This means accepting homosexuality, transsexuality and transvestism as legit human possibilities, just as it is with heterosexuality, other than considering them a deviation from standardized normality.

In Brazil, there is a dangerous conservative front in relation to LGBT rights, in spite of the removal of homosexuality from nosographic compendia and of the fact that, in various fields of knowledge, there is a consensus regarding the non-pathologic characteristics of homoerotic practices. Under this perspective, specific regulations inside professional areas must be celebrated, particularly, the resolution number 001/99 from the Brazilian Federal Council of Psychology, which establishes rules to psychologists when it comes to sexual orientation. These regulations state that professionals should contribute with their knowledge to crucial reflections about prejudices and prize the combat to discrimination and stigma against those who demonstrate homoerotic practices or behaviours, neither acting in any way to treat these people as ill, nor adopting coercive actions that tend to guide homosexuals towards not requested treatment.

The Social Service Federal Council(2006), through the resolution number 489/2006, has established rules voiding discriminatory or prejudicious behaviours due to sexual orientation or expression, within the social assistant professional practice, granting the individual with right to singularity and subjective difference.

The letter for Health system Users’ rights(Ordinance number 675/GM, D.O.U 31/03/2006) (BRAZIL, 2006), from SUS, has stepped ahead to assure human and prejudice/discrimination-free care, also, assuring the use of the name Social for Transvestites and Transsexuals as a strategy to promote access to the health system.

Another challenge for SUS is to end the concept that recognizes an heterosexual family as the natural configuration of a family, particularly inside the Family Health strategy, performed by health professionals that need to know and recognize the legitimacy of families distinct from the heterosexual standard.

The recent world history has been consolidating popular movements and reassuring a new ideal of democracy, which requires the real social emancipation of

social classes and moral groups subjected to oppression. These ideals must be built from the break with capitalist values and impositions.

Under this perspective, are imposed the rescue and radicalization of democracy, nowadays consumed and worn out by the liberalist capitalism. Regarding this, Boaventura Souza Santos alerts emphatically that “capitalism does not exercise its dominance in ways different of oppression towards colonialism and patriarchy”. Boaventura also states that the new democracy should be “radical, besides being anticapitalist, also being anticolonialist and antipatriarchal”.

Cebes’ National Board.

# A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica

*Construction of the Unified Health System and health workforce planning in Brazil: a brief historical trajectory*

Manoela de Carvalho<sup>1</sup>, Nelson Rodrigues dos Santos<sup>2</sup>, Gastão Wagner de Sousa Campos<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Professora do curso de enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil. manoelacarv@gmail.com

<sup>2</sup> Doutor em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Presidente do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA) - Campinas (SP), Brasil. nelson@idisa.org.br

<sup>3</sup> Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Professor Titular do DMPS/FCM da UNICAMP – Campinas (SP), Brasil. gastaowagner@mpc.com.br

**RESUMO:** A necessidade de planejar o número, o perfil e a distribuição da força de trabalho do setor saúde tem sido uma das grandes preocupações dos gestores, trabalhadores e usuários envolvidos na reforma sanitária brasileira, desde a concepção do Sistema Único de Saúde. Este estudo bibliográfico e documental apresenta uma análise da trajetória histórica das políticas de planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil, destacando a recrudescência de problemas identificados desde a década de 1970 nessa área, em grande medida, pela manutenção de um modelo assistencial que privilegia os interesses privados em detrimento das necessidades e dos direitos da população.

**PALAVRAS CHAVE:** Recursos humanos em saúde; Políticas, planejamento e administração em saúde; Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT:** *The need to plan the number, profile and distribution of health workforce has been a major concern of managers, workers and users involved in the Brazilian health reform, since the National Health System was first designed. This bibliographic and documental research presents an analysis of the historical trajectory of health workforce planning policies in Brazil, highlighting the resurgence of problems identified since the 1970s in this area, largely for the maintenance of a care model that favors the private interests at the expense of the population's rights and needs.*

**KEYWORDS:** *Health manpower; Health policy, planning and management; Unified Health System.*

## INTRODUÇÃO

Este texto apresenta aspectos da trajetória histórica das políticas de planejamento da força de trabalho em saúde (PFTS), desde a proposição e a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) até a recente inserção do tema no campo da gestão do trabalho em saúde. Pressupõe-se que as experiências atuais de PFTS estejam vinculadas ao contexto mais amplo de construção do SUS e aos contextos social e político do período dos anos de 1970 até os dias atuais.

Enfatiza-se, assim, a recorrência de problemas relacionados à força de trabalho da saúde (FTS), desde o início do período analisado: especialmente os desequilíbrios na distribuição geográfica dos profissionais, com concentração em centros urbanos; a centralidade no profissional médico e no desenvolvimento limitado das outras categorias profissionais; e a tendência à formação médica especializada, centrada no hospital e em tecnologias sofisticadas e desvinculadas das necessidades do sistema de saúde.

Apresentam-se, também, os principais enfoques metodológicos propostos, em sua maioria, pelos países desenvolvidos, para o planejamento da FTS por meio de agências internacionais, em especial, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Em seguida, analisam-se os impactos para viabilizar as mudanças necessárias para a consolidação do SUS, com seus princípios de universalização, integralidade e igualdade no acesso aos serviços de saúde.

Trata-se de uma revisão bibliográfica e documental, para a qual utilizaram-se textos e artigos disponíveis em bases de dados virtuais de acesso aberto sobre aspectos relacionados à política social e de saúde internacionais – notadamente, os da América Latina – e documentos que influenciaram o desenvolvimento de políticas de saúde e dos processos de planejamento da FTS no Brasil. Muito do pensamento brasileiro e deste campo de práticas sociais e de políticas públicas, construídas nas últimas décadas, esteve assentado nos estudos, recomendações e eventos realizados pela OPAS (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006); portanto, documentos e textos que abordam a história da cooperação técnica

entre a OPAS e o Brasil também se constituíram em fontes de informação.

Alguns países já vinham experimentando o processo de planejamento de recursos humanos para a saúde desde meados da década de 1950, como foi o caso da antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) e de outros países socialistas daquele momento. Entretanto, apesar de a Organização Mundial de Saúde (OMS) ter promovido a discussão, entre seus países membros, sobre temas relacionados aos recursos humanos em saúde, desde 1948, ofertando dados estatísticos e indicadores de saúde (como mortalidade, morbidade, formação de pessoal e normas para planejamento), na América Latina, essas experiências só tomaram consistência e ganharam popularidade a partir dos anos 1970, com a participação da OPAS (HALL; MEJÍA, 1978).

De acordo com Quintana; Rígoli; Padilha (2002), o planejamento de recursos humanos foi uma atividade importante para a maioria dos Ministérios de Saúde dos países americanos e uma linha de cooperação também importante para a OPAS/OMS, desde os anos 1960 até início dos anos 1980. O debate se polarizava entre as propostas de planejamento normativo e estratégico. Porém, essa prioridade de planejamento para as organizações perdeu força até quase desaparecer, e, apesar da ausência de planejamento de recursos humanos na década de 1990, observa-se, atualmente, na América Latina, uma tentativa de mudança, na medida em que problemas relacionados aos recursos humanos têm exigido mais atenção nas agendas políticas.

A permanência de muitos dos problemas identificados há quatro décadas pode indicar, portanto, a complexidade que caracteriza o campo do planejamento da FTS.

### 1. A década de 1970: planejamento autoritário com enfoque normativo em um Estado administrador-interventor

Apesar de os debates terem-se iniciado nos anos 1950, nenhum país, até a década de 1970, havia colocado em prática os planos ou estudos realizados sobre a FTS, o que levou os ministros de saúde a recomendar



a integração do planejamento de recursos humanos ao planejamento geral de saúde, no Plano Decenal de Saúde para as Américas, em 1972 (OPAS, 1974).

Entre as décadas de 1960 e 1980, os serviços reduziam-se à contribuição da categoria médica e a uma maior disponibilidade desses profissionais, o que implicava a necessidade de conhecer sua disponibilidade e as necessidades futuras para alcançar metas padronizadas internacionalmente, além do ritmo de formação pelas escolas médicas. Confiava-se nas possibilidades de um plano tecnicamente fundamentado, mesmo se desconsiderando a realidade política, que, frequentemente, negava muitos dos pressupostos do Plano; apesar de previstas no modelo, as variáveis econômicas eram ignoradas na prática (QUINTANA; RÍGOLI; PADILHA, 2002).

Alguns eventos internacionais foram importantes para a disseminação e a sistematização de experiências de planejamento de recursos humanos entre os países americanos. Em 1973, realizou-se, em Ottawa (Canadá), a Conferência Panamericana sobre Planejamento de Recursos Humanos em Saúde (RHS), em que se identificaram problemas, como: a centralidade no profissional médico e o desenvolvimento limitado das outras categorias profissionais; a concentração de pessoal em centros urbanos; e a tendência à formação especializada, centrada no hospital e em tecnologias sofisticadas, porém, desvinculada dos problemas dos serviços de saúde. A expressão propagada na referida Conferência resumia a inquietação dos participantes: “É necessário formar os recursos humanos que os países necessitam” (OPAS, 1974, s.p.).

As recomendações dessa Conferência destacaram a necessidade de os programas nacionais de planejamento de RHS estarem integrados aos planos nacionais de saúde, e de que desencadeassem esforços para elaborar planos de longo prazo. Enfatizaram, ainda, que, nos países cujo sistema de saúde estivesse subdividido em setor público e privado, o setor público liderasse a tomada de decisões, inclusive no campo de recursos humanos. Também indicaram as necessidades de: articulação dos setores de educação e saúde, com a participação da comunidade; organização e aperfeiçoamento de sistemas de informação sobre RHS e necessidades de saúde e de atenção não cobertas; e transferência de conhecimentos

e responsabilidades dos profissionais de saúde à comunidade, para ampliar a cobertura dos serviços de saúde, particularmente, os das áreas rurais (OPAS, 1974).

Além dos eventos, vários outros documentos foram publicados pela OMS e pela OPAS visando a instrumentalizar os países-membros para planejar os RHS. Atendendo à recomendação da 29ª Assembleia Mundial de Saúde (1976), a OMS publicou documento intitulado *Planificación del Personal de Salud: principios, métodos, problemas*, em 1978, no qual considerava que o planejamento de pessoal de saúde evitaria a subutilização do sistema hospitalar, por fatores como: a falta de profissionais; a migração de profissionais de saúde de um país a outro, em busca de melhores empregos; a falta de empregos para profissionais de saúde, cujos cursos de graduação haviam sido criados sem perspectiva de absorção pelo sistema de saúde; os desequilíbrios na distribuição de profissionais entre as diversas regiões; a carência absoluta de profissionais e, por consequência, de serviços de saúde em determinadas localidades, contra o excesso em outras (HALL; MEJÍA, 1978).

A OMS admitia ser possível eliminar os conflitos de interesses a partir de uma ‘firme decisão’, já que a saúde seria um dos poucos setores em que todos estariam do mesmo lado: contra a doença. Portanto, muitos problemas foram vinculados ou à ausência de um planejamento bem elaborado ou à má execução dos planos. Acreditava-se, assim, no planejamento como base racional para a tomada de decisões, cujo processo compreenderia, basicamente, a identificação e a análise dos problemas; a determinação das possíveis opções; a seleção da solução adequada; a determinação dos métodos técnicos que seriam utilizados; e a definição dos objetivos do programa e das atividades a serem realizadas (HALL; MEJÍA, 1978).

Atualmente, entretanto, várias análises indicam que a complexidade do campo dos recursos humanos deve ser considerada no processo de planejamento, observando não apenas a dimensão da educação, que conforma a oferta de profissionais, mas, também, a dimensão do trabalho, que estabelece a demanda; e que parte dessa complexidade deve-se à própria participação dos diversos sujeitos envolvidos, como sindicatos, corporações profissionais, instituições de ensino e organizações

de saúde, além de questões que extrapolam o setor saúde, como as econômicas e políticas (QUINTANA; RÍGOLI; PADILHA, 2002).

Já quanto à questão metodológica do planejamento de RHS, os limites estavam dados pela ideia de que o futuro era passível de previsões por meio da extrapolação dos recursos do presente; de que a confiança nos critérios de qualidade técnica do plano eram condições necessárias e suficientes para torná-lo factível; pelo caráter isolado dos demais setores da gestão dos serviços de saúde, gestão essa, geralmente, realizada depois de finalizado o planejamento dos serviços; e pela utilização acrítica de indicadores padronizados internacionalmente (QUINTANA; RÍGOLI; PADILHA, 2002).

A OMS recomendava que o processo de planejamento de RHS estivesse fundamentado em dados estatísticos, e contava, inclusive, com a ajuda de estatísticos para a coleta e análise desses dados. Porém, naquele período, muitos países não dispunham de um banco de dados adequado para prover o processo de planejamento. O diagnóstico proposto considerava apenas aspectos quantitativos, relacionados à realidade analisada, na tentativa de transformá-los em parâmetros a partir de um modelo preexistente (SPINELLI; TESTA, 2005).

Além disso, pelo enfoque normativo, o planejamento da FTS está subordinado aos demais campos da política, do planejamento ou da saúde, e tanto concebe os trabalhadores como insumos quanto os recursos tecnológicos ou financeiros e as universidades como ‘fábricas de mão de obra qualificada’. Ao invés de considerar a realidade como ela é, com seus conflitos e jogos de interesses, essa corrente do planejamento indica como a realidade “deveria ser”, numa tentativa de normatizá-la (ROVERE, 2006).

É desta década o conceito de planejamento de RHS, definido como:

*O processo pelo qual se determinam o número de pessoas e o tipo de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para o alcance das metas de saúde projetadas e, em última instância, os objetivos de saúde. Este planejamento implica, também, a determinação de quem fará o quê, quando, onde, como, com quais recursos*

*e para quais grupos da população de modo que se disponha de pessoal com os conhecimentos e competência necessários para obter o rendimento adequado às políticas e nos prazos previstos (HALL; MEJÍA, 1978, p.10-11).*

No Brasil, a década de 1970 representou o momento de início e desenvolvimento do movimento sanitário, que propôs profundas reformas no modo de organizar e prestar a assistência à saúde à população brasileira. O contexto era de crise econômica, social e política, em grande parte, devido à política desenvolvimentista e ao endividamento externo, contraído para o processo de industrialização dos anos 1950 (TOLEDO, 1984).

Naquele contexto, marcado pelo autoritarismo do regime militar, o Brasil elaborava planos nacionais de desenvolvimento centralizados (1972 e 1974) e buscava implantar um Sistema Nacional de Saúde para ampliar a cobertura da atenção médica individualizada. Nesse sentido, planejar RHS, no Brasil, significava dispor de profissionais de saúde adequados para estender os serviços de saúde a uma população antes não assistida.

Desde a década anterior, durante a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a necessidade de planejar o número adequado de profissionais às exigências e necessidades do sistema público de saúde e ao crescente setor privado já havia sido identificada como problema. A distribuição equitativa de médicos nos municípios e regiões do país era uma preocupação, como expressam trechos dos anais da Conferência:

*[...] o preparo de pessoal [...] deve obedecer a uma política planejada de aproveitamento. Inútil produzir mais que as necessidades do consumo, mormente em se tratando da custosa preparação técnica do homem. Como vai ser resolvida a presença de médicos nos municípios? Seria ingenuidade pretender mandar médicos em grande número para o interior. Não só no Brasil, como no mundo inteiro, o que se vem verificando é a concentração cada dia maior de profissionais de medicina nos grandes centros (BRASIL, 1993, p. 20).*

Ainda ao final dos anos 1960, técnicas de projeção do potencial humano eram debatidas na 4ª CNS, e as análises sinalizavam a inadequação de modelos utilizados nos países desenvolvidos aos países em desenvolvimento, dadas as diferenças das estruturas social, demográfica e econômica. A formação de pessoal para ocupar o setor saúde estava, portanto, relacionada à ideia do quantitativo necessário para os programas em execução. Era prevista, inclusive para os casos de rápida necessidade de expansão dos serviços, a admissão de pessoal, com formação elementar, para as regiões com dificuldades para empregar médicos.

Com políticas de saúde que priorizavam a expansão do setor privado e financiavam, com recursos públicos, a construção e a reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, e com políticas de convênios entre o Instituto Nacional de Previdência Social e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos (LUZ, 1991), os desdobramentos da preocupação com a adequação da força de trabalho à expansão desses serviços para o setor público caracterizaram-se pelas orientações no sentido de formar pessoal de nível elementar, essencialmente, como práticos, em treinamentos breves, para ocupar regiões para as quais médicos com formação ‘custosa’ não estariam disponíveis.

O plano econômico, antes de qualquer outro, dava sentido à necessidade de planejamento de recursos humanos, considerados como ‘capital humano’ pelos governos daquele período.

*O planejamento consiste, em última análise, na elaboração de um conjunto de meios para aplicá-los a um conjunto de objetivos determinados. Admitido o pressuposto de que os objetivos, no campo da saúde estão definidos e quantificados, impõe-se eleger e avaliar os recursos humanos e materiais necessários a que sejam plenamente alcançados (BRASIL, 1993, p. 25).*

É possível identificar a noção de ‘recursos humanos’, no mesmo nível dos recursos materiais, como mais um dos meios a serem administrados para um determinado fim. Desconsidera-se que tais ‘recursos’ tratem-se, na realidade, de sujeitos que transformam

e movimentam a história, e que, portanto, devam ser integrados ao processo de planejamento e gestão. O conceito ‘recursos humanos’ abstrai os trabalhadores de saúde de suas relações sociais, historicamente determinadas, obscurecendo as contradições e os conflitos do próprio sistema econômico no qual estão inseridos, sendo, portanto, adequado ao enfoque normativo.

Em 1974, foi instituído um grupo de trabalho interministerial cujo relatório propôs um programa com projetos voltados a três áreas de ação, sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS): i) planejamento de recursos humanos; ii) preparação direta de pessoal para a saúde; e iii) apoio ao desenvolvimento do programa nacional de preparação e distribuição estratégica de pessoal de saúde. As metas previstas para formação de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar foram de 160.000 a 180.000, para o período de 1976 a 1979, com dimensionamento elaborado para cada região, de acordo com as necessidades e possibilidades identificadas (OPAS, 1976).

A preocupação voltada para a quantidade de médicos pode ter sido decorrente do modelo de expansão de serviços de atenção médica previdenciária, principalmente para os centros urbanos, incluindo recursos para a construção de hospitais privados do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (1974), que exigia esses profissionais devido ao modelo de atenção. Para o Nordeste do país, região com número insuficiente de médicos, pretendia-se estender serviços de atenção básica, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (1976), para os quais era orientada a formação de profissionais de nível elementar, em cursos mais curtos, e, preferencialmente, quando já inseridos no trabalho.

No Brasil, pode-se dizer que a primeira experiência relacionada com os propósitos do planejamento de RHS foi o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde (PPREPS), em 1976, cujo objetivo central era o de promover, tanto em termos quantitativos como qualitativos, a adequação da formação de recursos humanos, em todos os níveis, às necessidades dos serviços de saúde. Os motivos para sua proposição foram a constatação de distorções entre os ‘estoques de recursos humanos’ para o setor e a oferta prevista para os anos seguintes; a falta de integração entre os setores

de formação e de serviços; e a possibilidade de expansão dos serviços públicos (OPAS, 1976).

Na 6ª CNS, em 1977, observou-se uma renovação conceitual e uma visão mais abrangente da questão dos RHS do que até então vigorara. Foram abordadas questões relativas à gestão do trabalho, como regime de trabalho e incentivos funcionais, além dos temas já debatidos sobre formação, qualificação e preparação de pessoal para a execução adequada dos programas e projetos estabelecidos (BRASIL, 1993).

Na década de 1970, a OPAS foi uma das principais fontes de desenvolvimento de metodologias e projetos voltados à capacitação de especialistas em planejamento, disseminando a ideia de que, a partir de métodos adequados de planejamento, os países poderiam alcançar objetivos e metas definidos segundo diagnósticos bem elaborados. Para tanto, sugeria a necessidade da informação estatística e da formação de especialistas e de unidades especialmente voltadas para a elaboração de planos no interior dos ministérios de saúde (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006).

Do ponto de vista político, pode-se dedicar a falta de resultados de médio e longo prazos dos planos elaborados à crise do planejamento estatal, reflexo da própria crise do papel do Estado na sociedade capitalista e do fortalecimento do modelo neoliberal nas décadas seguintes. A questão metodológica do processo de planejamento foi enfatizada, porém, como assinala Onocko-Campos (2000, p. 725): “o que fazer” é sempre anterior ao “como fazer”, e esse “o que fazer” não é dado a priori”.

## 2. A década de 1980: crise do planejamento estatal e o enfoque estratégico

Nos contextos social e econômico internacionais, de modo distinto do que ocorria anteriormente – quando predominavam as concentrações operárias numa mesma fábrica, cidade, região ou país, e se expandiam os sistemas de seguridade social –, as medidas neoliberais, em curso nos países centrais, priorizaram a desterritorialização do trabalho e das mercadorias e a precarização das condições e relações de trabalho, impactando as

condições de vida dos trabalhadores e sua capacidade de organização e resistência (MOTA, 2009).

Nesta década, já se iniciava, no Brasil, o processo de reestruturação produtiva (com a informatização), os programas de qualidade total e a implantação de métodos de ‘gestão participativa’, inicialmente marcada pela redução de postos de trabalho e pela ampliação da jornada de trabalho para aumentar a produtividade, processo este intensificado nos anos 1990 (MOTA, 2009).

Durante muitos anos, o planejamento de recursos humanos foi um componente importante de cooperação entre os Programas de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS e da OMS, e era compreendido como a busca de um equilíbrio entre a oferta e a demanda de pessoal nos sistemas de saúde. E, apesar de, aparentemente, ‘técnicos’ e ‘neutros’, os cálculos padronizados originaram-se da pressão política de corporações profissionais ou da preocupação de gestores em conjunturas marcadas por ciclos de superoferta ou escassez de pessoal (QUINTANA; RÍGOLI; PADILHA, 2002).

Ao ignorar as condições políticas, econômicas e sociais, indutoras das necessidades e ofertas da força de trabalho – como o retorno político de abertura de novos cursos de medicina, independentemente das necessidades do sistema de saúde; a defesa corporativa de algumas profissões; a expansão de vagas em instituições privadas, com o objetivo básico de retorno econômico –, o enfoque normativo as ‘naturaliza’, tomando-as como imutáveis. Ou seja, para esse enfoque, o planejamento da FTS deve encontrar a melhor distribuição da oferta, de acordo com a demanda e, preferencialmente, adequando-se à realidade já existente (QUINTANA; RÍGOLI; PADILHA, 2002).

Em meados dos anos 1980, surgiram as teorias de planejamento estratégico e situacional, como alternativa aos problemas de inefetividade do enfoque normativo. A OPAS promoveu o desenvolvimento de novas abordagens do planejamento de pessoal, que consideravam as dimensões políticas, a instabilidade, as incertezas e a complexidade do campo sanitário e do campo de recursos humanos como condicionantes do processo de planejamento e dos objetivos e componentes do plano (QUINTANA; RÍGOLI; PADILHA, 2002).

Em 1984, a partir das produções de Barrenechea e Trujillo, embasados nos estudos de Carlos Matus, Mario Testa, Paulo Mota e do Instituto Latino-Americano de Planejamento Econômico e Social (ILPES), a OPAS organizou diversas reuniões – com a participação das Escolas de Saúde Pública do Rio de Janeiro, Medellín, México e Buenos Aires – para discutir o tema do planejamento estratégico. Quase simultaneamente, em 1985, esse grupo teve contato com as discussões do Programa Regional de Desenvolvimento de Pessoal de Saúde, da OPAS, e, em conjunto, organizaram vários seminários sobre as experiências de planejamento para as secretarias de saúde, no fim da década de 1980 e início de 1990, em países da América Latina, como Argentina, Peru<sup>1</sup> e Brasil (ROVERE, 2006).

Esses avanços não foram percebidos nos debates referentes à política de desenvolvimento de recursos humanos da 7ª CNS, em 1980, que enfatizaram, unicamente, a formação de profissionais adequados à organização dos serviços básicos de saúde, e consideraram os recursos humanos meios para alcançar os objetivos propostos por tais programas. Assim, aspectos relacionados à ênfase na especialização médica e na necessidade de formação de profissionais de nível médio e elementar centralizaram o debate (BRASIL, 1993).

Em 1986, foi realizada a 8ª CNS, na qual as deliberações acerca da política de recursos humanos abrangem aspectos relacionados à gestão, como valorização da dedicação exclusiva ao sistema público, remuneração e plano de cargos e carreiras, constituição de equipes multiprofissionais de acordo com as necessidades da demanda, critérios de cobertura e aspectos relacionados à formação e à qualificação dos profissionais para atuação em um novo modelo de assistência, a ser implantado com a instituição do SUS (BRASIL, 1993).

Neste ano, também foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, que teve como tema central a ‘Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária’, dando continuidade aos

debates da 8ª CNS. A necessária articulação entre as instituições formadoras e as de prestação de serviços foi enfatizada nessa ocasião, mas salientou-se que, além das questões referentes à formação, os problemas relativos à gestão, como recrutamento e seleção, concurso, plano de cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas, entre outros, deveriam ser incorporados às discussões sobre recursos humanos. Também considerou-se que a composição, capacitação e organização das equipes deveriam ser planejadas segundo o diagnóstico das necessidades de saúde da população; já os parâmetros usados para distribuição dos profissionais, segundo o número de leitos, população etc., deveriam ser revistos (BRASIL, 1993).

No texto intitulado A questão dos recursos humanos e a reforma sanitária, redigido, em 1987, pelo grupo de trabalho de Recursos Humanos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária<sup>2</sup>, foram apresentados alguns dos obstáculos para a consolidação da universalização da cobertura e da garantia de equidade das ações de saúde no processo da construção do Sistema Único de Saúde: a distribuição geográfico-social e institucional dos recursos humanos, que concentrava 56% dos empregos de saúde na região Sudeste e apenas 20% na região Nordeste; a desigualdade das condições de inserção no mercado de trabalho (segmentação); a formação e a preparação dos recursos humanos; a composição das equipes de saúde, pois de 60 a 70% do pessoal ocupado nos estabelecimentos de saúde eram formados por médicos e atendentes; e a valorização do profissional (BRASIL, 1993).

Quanto às condições de inserção no mercado de trabalho, esse grupo defendeu a unificação de todos os empregos em uma única modalidade contratual, com isonomia plena de remuneração, direitos e deveres. Para tanto, apontava para a vinculação dos trabalhadores à esfera de gestão responsável pela atividade

<sup>1</sup> Apesar das experiências de planejamento da força de trabalho dos anos de 1980, o Peru é, atualmente, um dos países da América Latina com escassez de profissionais de saúde.

<sup>2</sup> O grupo foi constituído por Francisco Eduardo Campos (coordenador), Francisco Lopes, Joana Azevedo da Silva, José Francisco Nogueira P. de Santana, Marcelo Torres Teixeira Leite, Maria Cristina Fekete, Maria José R. Rossi e Sábado Nicolau Girardi.



exercida, resguardando-se a normatização central para assegurar a uniformidade do sistema, que pretendia unicidade de princípios e diretrizes. Já indicava, também, a necessidade de grandes alterações na legislação do exercício dos profissionais de saúde, cuja jornada de trabalho possibilitava a acumulação de empregos, dificultando a viabilização da adscrição de clientela e vínculo (BRASIL, 1993).

Após a 8ª CNS, são incorporadas à Constituição Federal, em 1988, praticamente todas as recomendações aprovadas naquele fórum (BRASIL, 1993). No artigo 200, inciso III, da Constituição Federal de 1988, ficou estabelecido que competia ao SUS, além de outras atribuições, ‘ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde’. No entanto, as dificuldades inerentes à regulamentação desse dispositivo constitucional relacionam-se à prerrogativa de autonomia universitária, legalmente garantida pelo art. 207 da Constituição Federal. Apesar das tentativas, a regulamentação desse artigo, em 1992, por meio do Projeto de Lei do Senado nº 137 e, em 2002, do Projeto de Lei nº 6.240, na Câmara dos Deputados, foi rejeitada, alegando-se o caráter inconstitucional de impor condicionantes para a criação de vagas nas universidades, ferindo o princípio da autonomia (ROMERO, 2008).

Em análise da produção científica acerca da política, do planejamento e da gestão em saúde, Paim e Teixeira (2006) observaram que, nesta década, apareceram estudos sobre programas de extensão de cobertura, de formação e capacitação de pessoal e experiências de integração docente-assistencial. A elaboração e a implantação de propostas de reforma na gestão, planejamento e organização dos serviços e o interesse pelas questões teórico-metodológicas no campo do planejamento e da gestão também foram observadas pelos autores. E, no campo das políticas de recursos humanos, iniciava-se uma discussão a respeito do processo de trabalho em saúde e das relações sociais que permeiam a produção dos serviços de saúde e das práticas e atitudes institucionais que condicionavam essas relações.

Essas discussões possibilitam a emergência da crítica ao termo ‘recursos humanos’ e a defesa do conceito da ‘força de trabalho em saúde’, o que possibilita analisar o conjunto dos trabalhadores de saúde, segundo

a ‘capacidade de realizar trabalho útil que aumenta o valor das mercadorias’ (BOTTOMORE, 1988). Além disso, apesar de a força de trabalho também se transformar em mercadoria, no modo capitalista de produção, ela possui características que, ao mesmo tempo que a distinguem das outras mercadorias, expressam importantes contradições nesse sistema:

*Em primeiro lugar, [...] a força de trabalho não é produzida como as outras mercadorias. [...] Em segundo lugar, o valor de uso da força de trabalho é a sua capacidade de produzir valor. (Portanto) [...] a extração de trabalho da força de trabalho cria outros pontos de conflito entre o comprador (o capitalista) e o vendedor (o operário) [...] trata-se dos conflitos sobre a intensidade e as condições de trabalho (que) estruturam fundamentalmente os aspectos técnicos e sociais da produção capitalista. Finalmente, a venda da força de trabalho aliena o trabalhador da sua capacidade criativa de produção e [...] do produto desse trabalho (BOTTOMORE, 1988, 231-232).*

Nesse sentido, trazer à tona as contradições e os conflitos inerentes ao trabalho e ao conjunto dos trabalhadores de saúde, inseridos em um modo de produção capitalista, contribui para desvelar a relação entre as políticas econômicas, sociais e de saúde e a prática do planejamento. Além disso, conforme defendem Quintana; Rígoli; Padilha (2002), a viabilidade política do plano se assegura, em grande parte, pelo envolvimento e pela participação ativa dos sujeitos – trabalhadores e não ‘recursos’ – a partir da definição das questões políticas a serem enfrentadas e das questões estratégicas para a implantação e a avaliação desse mesmo plano.

Na década de 1980, emergiram importantes contribuições no plano teórico-conceitual, com impactos na legislação sanitária em vigor, tais como a crítica ao enfoque normativo do planejamento de recursos humanos na saúde e as discussões acerca do processo de trabalho em saúde, que, aliás, auxiliam a explicitar a dimensão política dos problemas a serem enfrentados nesse campo até aos dias de hoje.

### 3. A década de 1990: Estado omissivo, planejamento ausente

No Brasil, a década de 1990 foi marcada por um quadro de retrocesso das conquistas sociais da década anterior. A redefinição do papel do Estado, no tocante à prestação de serviços, desfazendo-se de responsabilidades assumidas nos anos anteriores, evidenciou-se como consequência das imposições macroeconômicas, expressas pelas orientações de organismos financeiros internacionais e alcançadas por meio de processos de privatização, desregulação e terceirização. Essas reformas administrativas do Estado, por sua vez, repercutiram no mundo do trabalho, desencadeando um aumento do desemprego e a precarização do trabalho (NORONHA; SOARES, 2001; VARELLA; PIERANTONI, 2008; PEREIRA, 2004).

Os primeiros dez anos de vigência das reformas setoriais, denominadas de ‘reformas de primeira geração’, na maioria dos países, concentraram-se nas mudanças da estrutura dos sistemas (descentralização) e no seu financiamento, assim como na redefinição das responsabilidades e funções do Estado para a saúde, na separação de funções, na mercantilização da saúde, nas mudanças dos modelos de gestão e na privatização dos serviços de saúde (QUINTANA; RÍGOLI; PADILHA, 2002).

Essas reformas também foram implantadas em outros países da América Latina – com graves consequências sociais – em nome de uma suposta ‘modernização’ e adaptação dos países ‘em desenvolvimento’ à dinâmica do capitalismo contemporâneo. A área social, incluindo a da saúde, em função da sua relação direta com as condições econômicas de restrição financeira, impostas pelas políticas de ajuste econômico, viu velhos problemas se agravarem e novos surgirem. A capacidade de resposta do Estado aos problemas sociais tornou-se cada vez menos efetiva frente às crescentes demandas, criando condições para uma onda de terceirizações e privatizações de várias formas (NORONHA; SOARES, 2001; VARELLA; PIERANTONI, 2008; PEREIRA, 2004).

No setor saúde, ao contrário do observado no mercado de trabalho, em geral, houve expansão do número de postos de trabalho e aumento do número de ocupações, com a incorporação de diversos outros

trabalhadores, que não eram necessariamente profissionais de saúde (administradores, técnicos de outras áreas, pessoal auxiliar etc.). A implantação do SUS traduziu-se em grande alavanca desse mercado, expressa pela expansão dos serviços básicos da rede pública e dos contratos com a rede privada. Apesar do crescimento quantitativo de empregos no setor, o que se observou foram decréscimos qualitativos nas relações contratuais, como o aumento dos vínculos temporários, da quantidade de autônomos e de empregos desregulamentados, da destituição de direitos trabalhistas e da diminuição dos níveis de proteção social, inclusive no setor público, e dos poucos avanços salariais que caracterizaram o mercado de trabalho em saúde dos anos 1990 (VARELLA; PIERANTONI, 2008; PEREIRA, 2004).

Para a FTS, o comprometimento do potencial político-organizativo dos trabalhadores apresentou-se como uma das mais graves consequências das medidas neoliberais, intensificadas, no Brasil, a partir da década de 1990. Essa desorganização política dos trabalhadores, observada no setor da saúde, deveu-se, entre outros fatores, às novas formas de gestão do trabalho, que promoveram o aumento do número de profissionais contratados como autônomos, as terceirizações das atividades de limpeza, higienização e esterilização de materiais, o incentivo às modalidades de atendimento domiciliar do tipo home care, ofertadas por cooperativas, além do incentivo à organização de seguros e planos privados disponibilizados por grupos de profissionais de saúde ‘liberais’, criando-se, com isso, um mosaico de situações jurídicas e profissionais que tornaram menos visíveis os laços existentes entre os trabalhadores (MOTA, 2009).

Nas diversas modalidades de terceirização ocorridas nesse período, o Estado transferiu para entidades privadas não só a responsabilidade de gerenciar e prestar serviços, mas também os recursos públicos – imóveis, equipamentos e força de trabalho – para que as mesmas executassem os serviços. À medida que se desmontava quase toda a estrutura pública para provisão dos serviços de saúde, entregando-a nas mãos de terceiros, desmontava-se, também, a capacidade de organização e mobilização política dos trabalhadores de saúde, para resistirem a esse quadro de retrocesso durante a construção do SUS (PEREIRA, 2004).

Da mesma forma, o processo de municipalização e suas repercussões para a FTS condicionaram o aumento dos vínculos de trabalho com os municípios; na segunda metade da década de 1990, o Programa de Saúde da Família (PSF) caracterizou-se como o principal mecanismo de inserção de trabalhadores de saúde por meio de contratos precarizados com Organizações Não Governamentais (ONGs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), cooperativas e empresas terceirizadas para esse nível da gestão do sistema de saúde. A forma contratual estatutária para inserção de médicos e enfermeiros na Atenção Básica chegou a 22% e 25%, respectivamente, nesse período (VARELLA; PIERANTONI, 2008; PEREIRA, 2004).

Esse processo de privatização da saúde comprometeu o conjunto do sistema, incluindo o planejamento e a gestão do trabalho, na medida em que implicou a vinculação das decisões próprias do campo da saúde aos interesses empresariais de análises de custo-benefício, em detrimento da lógica dos direitos humanos e das necessidades inalienáveis (BREILH, 2006).

É necessário destacar, aqui, que a precarização dos vínculos de trabalho compromete a relação dos trabalhadores de saúde com o sistema, prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços prestados, em razão de consequências como a alta rotatividade de profissionais e a impossibilidade de se efetivarem processos de planejamento de médio e longo prazos. O MS identificou, entre 2001 e 2002, na Estratégia Saúde da Família, variadas formas de vínculo dos trabalhadores municipais dessas equipes: estatutários e celetistas (em menor proporção: aproximadamente, 13%), temporários, comissionados, bolsistas, prestadores, cooperados, além dos contratos informais e verbais (BRASIL, 2006).

Conforme destacam Quintana; Rígoli; Padilha (2002), observaram-se, também, a persistência e o agravamento de problemas relativos à disponibilidade, à distribuição e à estrutura da FTS, além do subfinanciamento dos serviços de saúde e das mudanças na regulação do trabalho e nos modelos de atenção e gestão. Tais condições, mantidas e agravadas pelas reformas do Estado e da administração pública, ocorridas na década de 1990, foram, de fato, profundas reformas na ordem laboral no setor saúde e nas estruturas e processos do trabalho.

Os setores de governo que, limitadamente, executavam alguma política de planejamento e regulação do trabalho praticamente desapareceram ou foram reduzidos a uma expressão simbólica dentro das organizações. Essas práticas foram, em grande parte, substituídas pelos projetos de apoio às reformas, elaborados por instâncias dos organismos internacionais de financiamento que, ao conceberem determinados projetos, projetavam o pessoal adequado aos seus objetivos (QUINTANA; RÍGOLI; PADILHA, 2002).

Algumas práticas de planejamento, que persistiram na realidade dos serviços, demandavam indicadores e parâmetros internacionais sobre a proporção de profissionais por número de habitantes (médicos e enfermeiras) ou por número de leitos, sobre a relação entre as categorias profissionais e um determinado nível de atenção, ou mesmo demandavam métodos e técnicas para cálculo de dotação ideal de profissionais por estabelecimentos de saúde. Consequentemente, os avanços no processo de planejamento, a partir das teorias estratégica e situacional, ocorreram mais no campo conceitual que no operacional (QUINTANA; RÍGOLI; PADILHA, 2002).

Nessa década, além da realização das 9ª e 10ª CNS, em 1992 e 1996, realizou-se, também, a 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em 1993, que confirmou, nos debates, os efeitos perversos de tais políticas macroeconômicas para o setor saúde, em especial, para os trabalhadores da saúde, indicando que a política de RHS não havia se alterado positivamente após a criação do SUS (BRASIL, 1993).

A descentralização dos serviços de saúde também trouxe implicações para o planejamento, pois os municípios assumiram a responsabilidade de traduzir os objetivos relativos à assistência de saúde em metas de recursos humanos, tanto quantitativas quanto qualitativas, em termos de competência e resolutividade, e o modelo de atenção definido deveria contar com uma clara política desses recursos (QUINTANA; RÍGOLI; PADILHA, 2002).

A municipalização dos serviços de saúde, porém, não conseguiu impulsionar a prática do planejamento ascendente, porque desencadeava em um momento de recuo do poder público quanto aos processos de gestão,

organização e provisão dos serviços. Também a expansão dos serviços e dos postos de trabalho, a partir das determinações legais para o sistema de saúde, não foi acompanhada de planejamento no interior das secretarias municipais de saúde; esse tema foi retomado apenas posteriormente, no início dos anos 2000.

Assim, de acordo com Machado (2006), a década de 1990 pode ser caracterizada pelo abandono da proposta de planos de carreira profissional, pela precarização do trabalho no SUS, pelo crescimento ‘anárquico’ e sem relação com as necessidades sociais do SUS (por parte das escolas de saúde) e pela desmobilização do movimento sindical. Em outras palavras, para a autora, essa pode ser considerada a ‘década perdida para os recursos humanos em saúde’, e seu saldo político ‘uma enorme dívida social para com os trabalhadores’.

#### 4. Os anos 2000: a retomada do planejamento

As transformações do modelo de desenvolvimento e da sociedade brasileira exigidas para o enfrentamento de distorções estruturais do sistema de saúde e consolidação do SUS não foram realizadas, portanto, na década anterior, em virtude das reformas administrativas do Estado, que se ausentou de áreas importantes para as políticas sociais (MACHADO; BAPTISTA; NOGUEIRA, 2011).

O agravamento dos problemas envolvendo a FTS, porém, resultou da coexistência de situações recentes – as formas de contratação, tipos de vínculo e mecanismos de remuneração, como reflexo das mudanças ocorridas no mundo e na América Latina, na década anterior – e antigas – como a deficiência de pessoal qualificado, a distribuição desigual da força de trabalho no país, o desequilíbrio entre a oferta e a demanda nos serviços públicos, principalmente de profissionais médicos –, identificadas desde os anos 1970.

Foi apenas em 2001 que, pela primeira vez em vinte anos, o Conselho Diretor da OPAS-OMS pôde se referir, de maneira explícita e ampla, ao tema de políticas e gestão de recursos humanos em saúde e convocar os demais setores para priorizar as políticas de recursos

humanos em geral e para fortalecer, de maneira específica, a gestão de recursos humanos para os serviços de saúde (QUINTANA; RÍGOLI; PADILHA, 2002).

Em 2005, com a 7ª Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, realizada em Toronto (Canadá) e promovida pela OPAS, elaborou-se o documento denominado ‘Chamado à ação de Toronto: 2006-2015 rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas’ e considerado um marco da formulação e implantação dos planos de recursos humanos desse período (BRASIL, 2006a).

Esse documento apresenta alguns princípios que embasam a necessidade de envidar esforços de longo prazo para a promoção, o fortalecimento e o desenvolvimento da FTS em todas as regiões das Américas. Enfatiza, também, a questão da formação/capacitação técnica tanto de gestores, para uma liderança mais efetiva, como dos trabalhadores de saúde, para uma atuação adequada às mudanças previstas nos sistemas de saúde e ao modelo de atenção universal, equitativo e de qualidade. Apresenta, ainda, a distribuição quantitativa de profissionais de saúde, com observações sobre as necessidades de saúde das regiões e a necessária sustentabilidade dos planos quanto ao financiamento e à mobilização/sensibilização da comunidade internacional, para que se mantenha o interesse em torno dos recursos humanos e da produção de informação e conhecimento sobre a importância dos recursos humanos na saúde.

Nesse sentido, observa-se que a centralização nos temas sobre formação adequada e capacitação técnica mantém-se atual no que diz respeito às discussões referentes à FTS por organismos internacionais, e que os aspectos relacionados ao processo de trabalho e à gestão do trabalho, como a precarização dos vínculos, permanecem secundarizados, em um contexto para o qual a lógica do mercado impede o planejamento da força de trabalho voltada a atender às necessidades e os direitos da maioria da população.

De acordo com dados publicados por Silveira *et al.* (2010), em estudo realizado nesta década, 38% dos trabalhadores da rede de atenção básica, de 21 municípios da região Sul e 20 municípios da região Nordeste, possuem vínculos precários de trabalho; menos da metade (40%) desses trabalhadores ingressou por meio de

concurso público; somente 16% referiram ter acesso a plano de carreiras, cargos e salários (PCCS); e cerca de 20% relataram ter outro emprego, sendo que essa proporção variou de 2% (para os agentes comunitários de saúde) a 69% (para os médicos).

A precarização dos vínculos de trabalho ainda é um dos principais motivos da elevada rotatividade de profissionais médicos e enfermeiros na atenção básica, o que compromete o planejamento da força de trabalho. Em municípios da região Sul, conforme apresentado por Medeiros *et al.* (2010), os profissionais pesquisados mencionaram: a influência político-partidária nas definições inerentes aos projetos de trabalho das equipes; a especialização na formação; o estilo de gestão autoritário; a ausência de vínculos com a comunidade; e as más condições de trabalho, aliadas a outras oportunidades mais atraentes do mercado, como desencadeadores da rotatividade nesse nível da atenção. Os autores perceberam nos relatos que o vínculo empregatício precário poderia ser usado como instrumento de controle político sobre as equipes de saúde das famílias pesquisadas.

Esse contexto de precarização dos vínculos de trabalho e outras condições insatisfatórias para o desenvolvimento do trabalho no setor saúde forçaram a aprovação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH-SUS), discutida e reformulada há vários anos<sup>2</sup>. Em 2003, o Conselho Nacional de Saúde aprovou sua aplicação como Política Nacional de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde, tendo em vista que a norma sistematiza e formaliza as propostas deliberadas nas conferências nacionais de saúde e nas conferências temáticas relativas aos recursos humanos em saúde. Com relação ao processo de planejamento de recursos humanos, foi enfatizada a necessidade de criação de bancos de dados nas três instâncias de gestão, para possibilitar ações de planejamento de acordo com a realidade (BRASIL, 2005).

Também em 2003, o MS instituiu, a partir das discussões da Mesa Nacional de Negociação

Permanente, o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, que ampliou o debate nacional sobre a necessidade reverter a situação de precarização de vínculos de trabalho no sistema de saúde (BRASIL, 2006b).

Naquele mesmo ano, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), com o objetivo de formular políticas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação dos trabalhadores da saúde no Brasil (BRASIL, 2011). A mudança na denominação da área – de ‘recursos humanos em saúde’ para ‘gestão do trabalho e da educação em saúde’ –, no âmbito do MS, possivelmente foi um reflexo dos diversos debates que ocorreram em torno desses conceitos desde a década de 1980 (ROVERE, 2006; ASSUNÇÃO *et al.* 2007), e que conseguiram visibilidade com a eleição de outro governo no país, em 2003, que assumia o poder defendendo mudanças na área social.

Na primeira década deste século, foram realizadas: a 11ª CNS, em 2000, que debateu o acesso, o acolhimento e a humanização na atenção à saúde, além de aprovar o documento NOB-RH-SUS; a 12ª CNS, no ano de 2003, que analisou o contexto em que se realizava a Conferência e reafirmou o dever do Estado e o ideário do SUS; e a 13ª CNS, em 2008, que propôs a discussão das políticas de Estado e desenvolvimento. A 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, realizada em 2006, produziu e divulgou textos de apoio para o debate com importantes dados sobre essa política no Brasil.

A partir da criação da SGTES, várias ações foram desencadeadas no sentido de implementar as propostas aprovadas desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência de Recursos Humanos em Saúde. A partir de 2006, entre as ações promovidas pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), no Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), estão: a criação de bancos de dados e de um sistema de informações sobre a força de trabalho de saúde no país – Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (INFORSUS) e o Sistema de Informações sobre os Conselhos Profissionais (CONPROF) (BRASIL, 2011).

<sup>2</sup> A primeira versão da NOB-RH-SUS foi elaborada em 1998 e a segunda foi publicada em 2000; a primeira impressão da 3ª edição ocorreu em 2004.



Como exemplo da retomada das discussões sobre a FTS, no Brasil, outras ações desencadeadas pela SGTES foram: i) a criação do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – DesprecarizaSUS, com o intuito de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo; ii) a instituição do Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, com o objetivo de formular políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde que levem a uma maior cobertura e maior qualidade da atenção à saúde para a população, prioritariamente, nas regiões fronteiriças do Mercosul; iii) a discussão para implementação do PCCS-SUS; iv) na área da gestão da formação, a criação dos programas PET-Saúde, Profae, Profaps, Pró-saúde, Pró-residências, Telessaúde e UnaSUS; v) a instituição da Câmara de Regulação do Trabalho na Saúde (CRTS) como instância permanente de resgate do papel do gestor e regulador do trabalho em saúde. Esses programas e ações merecem análises aprofundadas para avaliar os avanços e limites de cada proposta.

Quanto ao planejamento em saúde, o MS instituiu o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), por meio da Portaria nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006. Como principal desafio, o MS apontou para a construção da cultura de planejamento no SUS, ‘sobretudo se se considerar o curto período do processo em curso e o esvaziamento – talvez até mesmo distorção – que esta função experimentou ao longo das últimas décadas na administração pública’. Como resultados iniciais, o MS indicou a divulgação dos instrumentos básicos para o planejamento (plano de saúde, programação e relatório de gestão), por meio das oficinas realizadas em abril e maio de 2008, e a organização e publicação de uma série ‘Cadernos de Planejamento’, com 9 volumes, além do livro *PlanejaSUS: trajetória e orientações de operacionalização*, disponíveis online (BRASIL, 2006c).

No ano de 2007, foi aprovada a Portaria nº 1.318, que ‘publica as Diretrizes Nacionais para a instituição ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, a título de subsídios técnicos à instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde, que se recomendam a seus gestores, respeitada a legislação de cada ente da Federação’ (BRASIL,

2007). Essa medida congrega as iniciativas da SGTES, que, juntamente com as estratégias destinadas à desprecarização do trabalho e as mesas de negociação permanentes, são necessárias para a reversão dos problemas evidenciados na década anterior. Estudos mais aprofundados sobre o atual processo de implantação, avanços e obstáculos, assim como alguns resultados dessas políticas, poderão ser realizados futuramente, para sugerir aprimoramentos em direção à consolidação das diretrizes indicadas pela Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação, a NOB-RH-SUS.

## Considerações finais

Apesar de atual, não são novos os problemas, amplamente difundidos na mídia, sobre a falta de médicos em determinadas regiões do país, a desarticulação entre a formação e a oferta de profissionais e as necessidades do sistema de saúde e direitos da população. Decorrentes da ausência de uma política de planejamento da força de trabalho para o SUS, esse quadro tem sido uma das consequências da opção do Estado, nas duas décadas de existência do SUS, de ter subsidiado os interesses de setores privados, vinculados ao mercado da saúde – ou indústria da doença.

Ao se analisar, historicamente, as políticas de saúde voltadas à gestão e ao planejamento da força de trabalho no contexto pós-constitucional, é possível identificar que o Estado se omitiu das questões relacionadas aos trabalhadores de saúde que compõem o SUS – desde a formação até a distribuição desses trabalhadores pelo sistema de saúde, mediante as necessidades prioritárias e os direitos sociais e de saúde conquistados pela população e indicados regularmente em todas as conferências de saúde.

No entanto, identificar a falta do planejamento, por si só, não é suficiente para compreender as razões do ‘não planejamento’ da força de trabalho, haja vista a consciência da sua necessidade e importância indicadas, desde o início da construção do SUS, em diversos documentos oficiais.

A pesquisa bibliográfica realizada contribui para compreender que, além do conhecimento técnico, o

processo de planejamento da FTS, ou a possibilidade de planejá-la, de acordo com as necessidades e os direitos sociais, está condicionado, entre outros fatores, ao modelo vigente de atenção à saúde, à resistência ou ao apoio de determinados sujeitos e grupos de interesses relacionados ao tema, que conseguem fazer prevalecer suas concepções sobre quais necessidades serão priorizadas, além de estar condicionado a determinantes sociais, políticos, econômicos e culturais, pois o número, o perfil e a distribuição de trabalhadores da saúde estão articulados a escolhas políticas e a valores e princípios a serem garantidos na organização dos sistemas de saúde.

Não fosse o planejamento da FTS (ou a ausência dele) um ato político, o que explicaria o fato de, no Brasil, a cobertura das equipes de saúde da família ser maior nas áreas onde há menos médicos disponíveis? No Nordeste brasileiro, as equipes de saúde da família cobrem 65% da população, apesar de esta região apresentar 1,01 médicos por mil habitantes, enquanto na região Sudeste, que apresenta a razão de 2,31 médicos por mil habitantes, a cobertura pelas equipes é de apenas 32% da população.

Sem incorporar a dimensão política, de que outra maneira se pode explicar o fato de, apesar de a razão médicos/habitantes, no Brasil, ser o dobro da recomendada pela Organização Mundial de Saúde<sup>4</sup>, haver insuficiência de médicos para compor as equipes de saúde da família e de a cobertura da atenção básica ser ampliada, principalmente, em áreas onde essa razão é maior que a preconizada? Há médicos suficientes no Brasil, mas não no Sistema Único de Saúde e na atenção básica, especialmente.

Bahia (2008, 2009) enfatiza que não se trata apenas do montante de recursos públicos envolvido com a remuneração de prestadores privados, mas do reforço ao modelo assistencial oneroso, fragmentado, na maioria das vezes, e pouco efetivo, que tem excluído as concepções de universalização e necessidades de saúde do repertório das políticas de saúde. O rebaixamento do SUS à condição de comprador de serviços reduz o sistema de saúde ao consumo de procedimentos médico-hospitalares e a uma política pública de inclusão seletiva de demandas.

A racionalidade do processo de planejamento em saúde, no Brasil, historicamente, tem enfatizado os aspectos técnicos, e, mesmo estes, de maneira insuficiente, pois, inclusive os critérios ‘técnicos’, como eficiência, efetividade e equidade na alocação de recursos, têm sido desconsiderados em favor dos interesses econômicos e políticos do setor hegemônico na saúde, conforme denunciavam Castiel e Rivera (1985) já nos anos 1980.

É comum atribuir o fracasso do plano ao fracasso do método, e, com isso, buscar o aperfeiçoamento do método, tentando melhorar as possibilidades de alcançar os resultados desejáveis. No entanto, é necessário incorporar os sujeitos ao processo de planejamento e os aspectos políticos ao plano (SPINELLI; TESTA, 2005).

Considerar a indissociabilidade das dimensões técnica e política para o processo de planejamento e deste com a gestão impõe a reflexão sobre o contexto no qual o SUS tem-se constituído em um subsistema de saúde (o público), sem conseguir alcançar as prerrogativas constitucionais de universalidade de acesso e integralidade da atenção. Pelo contrário, de sistema único, ele tem-se colocado ao lado do subsistema privado e, em muitas situações, como complementar.

*O passado recente, marcado pela submissão das políticas de formação de recursos humanos aos interesses empresariais-lucrativos [...], deixou como legado [...] a descoordenação e a multiplicitade de esforços, a inadequação do perfil da oferta e a má distribuição socio regional dos recursos humanos. (BRASIL, 1993, p.191).*

Apesar de ter sido realizada na década de 1980, pelo Grupo de Trabalho de Recursos Humanos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, essa análise permanece atual, e o contexto vinculado ao ‘passado’ ainda se mostra vigoroso. Esse arranjo público-privado tem sido apontado como um dos fatores centrais entre os obstáculos para a consolidação dos princípios doutrinários do SUS – fundamentalmente, a universalização, a integralidade e a igualdade no acesso aos serviços de saúde. ■

## Referências

- ASSUNÇÃO, A.A. *et al.* Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2007. p. 193-201.
- BAHIA, L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2009. p. 753-762.
- \_\_\_\_\_. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, out. 2008. p. 1385-1397.
- BOTTOMORE, T. *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. A questão dos recursos humanos nas conferências nacionais de saúde – 1941-1992. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, ano 1, v. 1, n. 1, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Reunião regional dos observatórios de recursos humanos em saúde. *Chamado à ação de Toronto: 2006-2015 rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS - perguntas e respostas*, Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.085, de 1 de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. *Saúde Legis: Sistema de Legislação da Saúde, 2006c*. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3085\\_01\\_12\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3085_01_12_2006.html)>. Acesso em: 26 jan. 2012.
- \_\_\_\_\_. Portaria n. 1.318, de 5 de junho de 2007. Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários, a título de subsídios técnicos à instituição de regime jurídico de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde, que se recomendam a seus gestores, respeitada a legislação de cada ente da Federação. *Saúde Legis: Sistema de Legislação da Saúde, 2007*. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1318\\_05\\_06\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1318_05_06_2007.html)>. Acesso em: 30 jan. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sítio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde SGTES na web. *Portal da Saúde – SUS*. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=382](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=382)>. Acesso em 20 jun. 2011.
- BREILH, J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- CASTIEL, L.D.; RIVERA, F.J.U. Planejamento em Saúde e Epidemiologia no Brasil: casamento ou divórcio? *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, dez. 1985. p. 447-456.
- HALL, T.L.; MEJÍA, A. *Planificación del personal de salud: principios, métodos, problemas*. Genebra: OMS, 1978.
- LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de 'transição democrática' - anos 80. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1991. p.77-95.
- MACHADO, M.H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, v.3, n. 1, 2006.
- MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; NOGUEIRA, C.O. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, mar. 2011. p. 521-532.
- MEDEIROS, C.R.G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, 2010.
- MOTA, A. E. Crise contemporânea e as transformações na produção capitalista In: *Serviço social: direitos sociais e competências profissionais*, Brasília, DF: CFESS/ABEPSS, 2009.
- NORONHA, J.C.; SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, 2001. p. 445-450.
- ONOCKO-CAMPOS, R. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.3, set. 2000, p.723-731.

- OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *PPREPS – Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde – OPAS-Brasil*. Brasília: OPAS-Brasil. 1976. Disponível em: <<http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/producao/arquivos/PPREPS.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2011.
- OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud*, Ottawa/Canadá, 10-14 de setembro de 1973. Washington: OPAS, 1974. 134 p.
- PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, ago 2006. p.73-78. Suplemento.
- PEREIRA, L.D. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2004. p. 363-382.
- PIRES-ALVES, F.A.; PAIVA, C.H.A. *Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-2008)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- QUINTANA, P.E.B.; RÍGOLI, F.; PADILHA, M. Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A.L.D. (Org.) *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. São Paulo: Unicamp – NEPP, 2002, p.189-220.
- ROMERO, L.C. O debate entre planejamento de recursos humanos para a saúde e autonomia universitária no parlamento brasileiro. *Revista Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9, n. 3, nov. 2008. p. 75-88.
- ROVERE, M.R. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. 2. ed. Washington: OPAS-OMS, 2006.
- SILVEIRA, D.S. *et al.* Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n. 9, set. 2010. p. 1714-1726.
- SPINELLI, H.; TESTA, M. Del Diagrama de Venn al Nudo Borromeo: recorrido de la planificación en América Latina. *Salud Colectiva*, Lanús, v. 1, n. 3, dez. 2005. p.323-335.
- TOLEDO, C. N. *O Governo Goulart e o golpe de 64*. 4 ed. São Paulo: Brasiliense, 1984 (Coleção Tudo é História).
- VARELLA, T.C.; PIERANTONI, C.R. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2008, p. 521-544.
- 
- Recebido para publicação em julho de 2013*  
*Versão definitiva em dezembro de 2013*  
*Suporte financeiro: não houve*  
*Conflito de interesse: inexistente*

# Condições cardiológicas sensíveis à atenção primária em serviço terciário de saúde: apenas a ponta do iceberg

*Cardiac primary care sensitive conditions in a tertiary health service: only the tip of the iceberg*

José Antônio Ferreira Martins<sup>1</sup>, Selma Cristina Franco<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mestre em Saúde em Meio Ambiente pela Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) – Joinville (SC), Brasil. Médico Cardiologista do Hospital Regional do Litoral de Paranaguá (PR) – Brasil. zemedicina@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. scfranco@terra.com.br

**RESUMO:** Objetivou-se quantificar e descrever a demanda de pacientes em relação a um serviço de saúde terciário por Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária (CCSAP) e determinar o coeficiente e a proporção de internação por CCSAP. Estudo transversal realizado em hospital público regional, no qual se avaliou pacientes adultos atendidos no serviço de urgência com CCSAP. O coeficiente de internação foi de 11,4 por 10 mil e apenas 18,8% foram internados. Houve predomínio de angina (48,5%), seguida de hipertensão arterial (38,8%) e insuficiência cardíaca (12,7%). As internações por CCSAP corresponderam a pequena parcela dos pacientes que demandaram atenção, colocando limites ao uso do indicador.

**PALAVRAS CHAVE:** Qualidade da assistência à saúde; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em saúde; Necessidades e demanda de serviços de saúde.

**ABSTRACT:** *The aim of the study was to quantify and to describe the demand of patients for tertiary health care service due to Primary Care-Sensitive Cardiac Conditions (CCSAP) and to determine both the CCSAP hospitalization coefficient and rate. A cross-sectional study held at a regional tertiary hospital where adult patients diagnosed with CCSAP were evaluated. The adjusted hospitalization rate was 11.4/10,000 and only 18.8% were hospitalized. There was a predominance of angina (48,5%), followed by hypertension (38,8%) and heart failure (12,7%). The admissions for CCSAP represented a small part of the patients who demanded attention, placing limits to the use of the indicator.*

**KEYWORDS:** *Quality of health care; Primary Health Care; Health evaluation; Health services needs and demands.*



## Introdução

O monitoramento da qualidade assistencial é considerado necessário à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao subsidiar o gerenciamento dos serviços de saúde e o aprimoramento da atenção fornecida nos diversos níveis assistenciais (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). A ênfase atual do Ministério da Saúde brasileiro na avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) deve-se ao fato de este nível assistencial, além de ser a principal porta de entrada dos pacientes do SUS, ser também considerado reordenador das ações de saúde (CONILL, 2002).

Dentre os indicadores propostos para avaliar a qualidade da rede ambulatorial, as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) vêm ganhando destaque nos últimos anos (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2008; NEDEL *et al.*, 2008). Por se tratarem de doenças cujo processo de atenção ambulatorial, quanto ao diagnóstico, tratamento e prevenção, está bem estabelecido com as tecnologias atualmente disponíveis no SUS, elas se tornam um marcador indireto da qualidade assistencial prestada no âmbito ambulatorial. Portanto, sua ocorrência pode ser considerada evitável, em sua grande maioria, mediante a oferta de seguimento ambulatorial efetivo, oportuno, adequado e suficiente (VIANA *et al.*, 2006).

Apesar do potencial deste indicador para aferir a qualidade da rede assistencial, alguns autores vêm chamando a atenção para o fato de que as condições sensíveis parecem evidenciar apenas parte do problema, uma vez que os métodos em uso permitem identificar somente os pacientes internados e não a demanda real que busca as unidades de urgência, a qual compreende quadros de descompensação clínica destas doenças que nem sempre geram internações (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). Assim, a ocorrência da descompensação por si só já seria um indicativo da existência de falhas assistenciais, entretanto, estas não são registradas nas bases de dados oficiais do Ministério da Saúde a menos que haja internação (OLIVEIRA; SCOCHI, 2002; TOSO, 2011). Portanto, quantificar a demanda espontânea de pacientes que buscam outros níveis de atenção com queixas de menor gravidade e que são liberados após avaliação clínica ou após período de observação

menor do que 24 horas, torna-se relevante para que se conheça a real magnitude dos problemas assistenciais da APS com relação a estas patologias. Além disso, vale mencionar que, em modelos de atenção regionalizados e articulados em redes, a ocorrência de eventos evitáveis nos serviços de maior complexidade reflete dificuldades de diversas ordens, seja em acesso, resolutividade, continuidade ou qualidade técnica, nestas redes de atenção operacionalizadas em territórios definidos (ROSANO *et al.*, 2012).

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou uma lista de CSAP utilizando marco conceitual proposto por autores internacionais com algumas adaptações para o nosso país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). O processo de construção desta lista durou vários anos e teve a participação de profissionais ligados à gestão da saúde nas três esferas, além de especialistas ligados a universidades nacionais e internacionais. A lista possui 20 grupos de diagnósticos, 120 categorias de CID (com 3 dígitos) e 15 subcategorias (4 dígitos). A partir de então, diversos estudos em nosso país vêm utilizando as CSAP como indicador indireto da qualidade ambulatorial ou, mais especificamente, da APS (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2008; NEDEL *et al.*, 2008; BATISTA *et al.*, 2012).

Na lista brasileira, as doenças cardiológicas compreendem três grupos: insuficiência cardíaca (IC), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e angina. E seu estudo ganha relevância devido a sua alta prevalência e impacto sobre a morbimortalidade global da população adulta. São elas chamadas de Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária (CCSAP).

Em face deste contexto, o objetivo geral do presente trabalho foi quantificar a demanda de pacientes para um serviço de saúde terciário por Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária (CCSAP) em município de médio porte no sul do Brasil, independentemente de ter ocorrido internação. Como objetivos específicos, estão a descrição das características sociodemográficas dos pacientes, a comparação dos pacientes segundo a internação e o modelo de atenção primária, bem como a determinação do coeficiente e a proporção de internação por CCSAP.

## Metodologia

Trata-se de um estudo transversal realizado em um hospital público regional localizado em município de médio porte no sul do Brasil. Nele funciona um serviço terciário de cardiologia que recebe pacientes oriundos de sete municípios que delimitam uma região de saúde (PARANÁ, 2009). O estudo abrangeu apenas os pacientes oriundos do maior município, cuja população em 2009 era de 138 mil pessoas e representava 54% do total da região. Sua realização deu-se durante 180 dias consecutivos, entre 1º de novembro de 2010 e 30 de abril de 2011, compreendendo todos os pacientes consultados que se enquadraram nos critérios de inclusão, independentemente de internação. Foram incluídos os pacientes residentes do município estudado com idade maior ou igual a 20 anos, atendidos no serviço de urgência do referido hospital e que tiveram como diagnóstico principal ou motivo da procura uma das três CCSAP durante o período da pesquisa. Foram excluídos os pacientes para os quais havia dúvida sobre a real patologia que motivou a demanda pelo hospital. Os dados do roteiro de coleta usado no estudo foram obtidos na ficha de atendimento de emergência ou no prontuário, compondo as seguintes variáveis: gênero, idade, tipo de CCSAP (HAS, IC e angina), bairro de residência (conforme descrito na ficha de identificação), tipo de referência (espontânea, unidade básica de saúde, pronto atendimento, bombeiro, clínica privada e outros hospitais), decisão pela internação (sim/não), tipo de alta (domiciliar, óbito e transferência), visita ao médico no ano anterior (sim/não), modelo de atenção primária no bairro de residência (ESF/não ESF).

A partir do endereço de residência fornecido pelo paciente ou familiar no momento da admissão hospitalar foi possível identificar a unidade de atenção primária responsável pela atenção, segundo os dados de territorialização existentes na Secretaria Municipal de Saúde do município, permitindo identificar os modelos de atenção primária aos quais cada um dos pacientes estava adscrito – Estratégia Saúde da Família (ESF), Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) ou modelo convencional, sendo que estes dois últimos foram considerados como não ESF. Para definir se o paciente havia sido internado ou não, considerou-se a situação do mesmo no

momento da alta da unidade de emergência do hospital, ou seja, se no momento da alta do paciente estava com a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) preenchida, considerou-se a internação. No caso de o paciente ter realizado o atendimento e permanecido em observação sem emissão de AIH, considerou-se como não internado. Quando o mesmo paciente foi recorrente na busca pelo hospital no período do estudo por CCSAP idênticas ou diferentes, foram considerados todos os registros.

O coeficiente de internação por CCSAP foi calculado dividindo-se o número de pacientes com idade maior ou igual a 20 anos internados por CCSAP no período estudado pela população do município da mesma faixa etária, no mesmo período, multiplicado pela constante 10 mil. Como o período de tempo do estudo foi de seis meses, foi realizado um ajuste para anualizar este coeficiente, dividindo-se o denominador por dois. Tal procedimento levou em consideração que o total de pessoas-tempo observadas correspondeu ao total da população no período multiplicado por meio ano de observação (COSTA; KALE, 2009).

A proporção de internações por CCSAP foi calculada dividindo-se o número de pacientes com idade maior ou igual a 20 anos internados por CCSAP, no período estudado, pelo número total de internações entre pacientes na mesma faixa etária e no mesmo período multiplicado por 100. Os dados sobre internações ocorridas no período, excetuando-se as obstétricas, foram obtidos junto ao Serviço de Arquivo Médico e Faturamento do hospital.

Apesar de ter sido utilizada uma amostra de conveniência, ressalta-se que o número de casos estudados no período da pesquisa seria suficiente para garantir um poder de 90% ( $\alpha=0,1$ ), se fosse resultante de amostra aleatória. O banco de dados foi armazenado no programa Epidata versão 3.1. Para a descrição das características gerais da casuística utilizou-se a média e o desvio padrão para a variável idade, e as frequências absoluta e relativa para as variáveis qualitativas. Na análise de possíveis associações entre os desfechos e as variáveis de interesse, foi utilizado o teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas e Teste t de Student para as variáveis contínuas, com o software SPSS (v13.0), considerando o nível de significância de 5%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade (Processo nº 141/2010).

**Tabela 1.** Características dos pacientes atendidos com diagnóstico de CCSAP no hospital estudado

CCSAP	IC	HAS	ANGINA	TOTAL	%
	(N=35) (12,7%)	(N=107) (38,8%)	(N=134) (48,5%)	(N= 276) (100,0%)	
<b>SEXO</b>					
Feminino	14	65	62	141	51,1
Masculino	21	42	72	135	48,9
<b>FAIXA ETÁRIA (ANOS)</b>					
20-29	00	03	13	16	5,8
30-39	01	12	13	26	9,4
40-49	01	30	18	49	17,8
50-59	07	22	34	63	22,8
60 +	26	40	56	122	44,2
<b>TIPO DE REFERÊNCIA</b>					
Espontânea	11	73	75	159	57,6
Pronto atendimento	15	18	41	74	26,8
UBS	06	12	11	29	10,5
Bombeiro	00	04	04	08	2,9
Clínica privada	02	00	03	05	1,8
Outros hospitais	01	00	00	01	0,4
<b>VISITA AO MÉDICO NO ANO ANTERIOR</b>					
Sim	25	70	74	169	61,2
Não	10	37	60	107	38,8
<b>MODELO DE ATENÇÃO</b>					
ESF	22	39	71	132	47,8
Não ESF	13	68	63	144	52,2
<b>INTERNAÇÃO</b>					
Sim	26	04	22	52	18,8
Não	09	103	112	224	81,2
<b>TIPO DE ALTA</b>					
Domiciliar	31	106	131	268	97,1
Óbito	03	01	01	05	1,8
Transferência	01	00	02	03	1,1

**Fonte** Elaboração própria.

**Notas** HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; IC: Insuficiência Cardíaca; ESF: Estratégia Saúde da Família; CCSAP: Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária.

## Resultados

Durante o período de 180 dias, foram registrados 276 atendimentos de adultos residentes no município com idade de 20 ou mais anos no pronto socorro do hospital estudado, tendo como diagnóstico principal uma das patologias consideradas CCSAP.

Do conjunto das três patologias que compuseram o grupo das CCSAP estudadas, verificou-se um nítido predomínio da angina (48,5%), seguida da hipertensão arterial (38,8%) e da insuficiência cardíaca (12,7%) (Tabela 1). Observou-se maior frequência do sexo feminino (51,1%) para o conjunto das três patologias, porém, quando se analisou cada uma delas, notou-se

**Tabela 2.** Comparação entre pacientes atendidos com diagnóstico de CCSAP internados e não internados

	TOTAL		PACIENTES INTERNADOS		PACIENTES NÃO INTERNADOS		P
	N	%	N	%	N	%	
	276	100,0	52	18,8	224	81,2	
<b>CCSAP</b>							<b>0,000</b>
Angina	134	48,6	22	16,5	112	83,5	
HAS	107	38,8	04	3,7	103	96,3	
IC	35	12,7	26	74,3	09	25,7	
<b>IDADE (ANOS)</b>							<b>0,001</b>
20 a 59	154	55,8	18	11,7	136	88,3	
≥60	122	44,2	34	27,8	88	72,8	
<b>SEXO</b>							<b>0,043</b>
Feminino	141	51,1	20	14,2	121	85,8	
Masculino	135	48,9	32	23,7	103	76,3	
<b>TIPO DE REFERÊNCIA</b>							<b>0,766</b>
Espontânea	159	57,6	29	18,2	130	81,8	
Encaminhada	117	42,4	23	19,6	94	80,4	
<b>ÁREA DE RESIDÊNCIA</b>							<b>0,114</b>
ESF	132	47,8	30	22,7	102	77,3	
NÃO ESF	144	52,2	22	15,3	122	84,7	
<b>VISITA AO MÉDICO NO ANO ANTERIOR</b>							<b>0,189</b>
Sim	169	61,2	36	21,3	133	78,7	
Não	107	38,8	16	15,0	91	85,0	

Fonte: Elaboração própria.

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

**Tabela 3.** Comparação entre pacientes atendidos com diagnóstico de CCSAP residentes em áreas atendidas pelos modelos ESF e não ESF

	TOTAL		ESF		NÃO ESF		P
	N	%	N	%	N	%	
	276	100,0	132	47,8%	144	52,2%	
<b>IDADE (ANOS)</b>							<b>0,259</b>
<b>20 a 59</b>	154	55,8	69	44,8	85	55,2	
<b>≥60</b>	122	44,2	63	51,6	59	48,7	
<b>SEXO</b>							<b>0,892</b>
<b>Feminino</b>	141	51,1	68	48,2	73	51,8	
<b>Masculino</b>	135	48,9	64	47,4	71	52,6	
<b>TIPO DE REFERÊNCIA</b>							<b>0,141</b>
<b>Espontânea</b>	159	57,6	70	44	89	56,0	
<b>Encaminhada</b>	117	42,4	62	53	55	47,0	
<b>VISITA AO MÉDICO NO ANO ANTERIOR</b>							<b>0,652</b>
<b>Sim</b>	169	61,2	79	46,7	90	53,3	
<b>Não</b>	107	38,8	53	49,6	54	50,4	

Fonte: Elaboração própria.

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

que este predomínio se manteve apenas para a hipertensão arterial, mas não para a angina e para a insuficiência cardíaca, nas quais predominou o sexo masculino. A idade dos pacientes incluídos variou entre 20 e 91 anos, tendo como média de idade 55,9 anos (DP 14,9). Chamou a atenção o elevado percentual de idosos (44,2%) e o achado de que 57,6% dos pacientes demandaram o serviço terciário espontaneamente, ou seja, sem terem recebido atendimento em outros níveis de atenção do SUS disponíveis na cidade, tais como as unidades básicas ou pronto atendimentos, recursos possíveis para a resolução dos casos. Além disso, somente 61,2% dos pacientes tiveram consulta em serviço de saúde no ano anterior e apenas 18,8% foram internados (52 pacientes), observando-se baixa letalidade (1,8%).

A comparação das características dos pacientes conforme os dois grupos, de internados e não internados (Tabela 2), evidenciou haver diferença significativa

em relação ao diagnóstico dos tipos de CCSAP, com um predomínio de internação por IC ( $p=0,000$ ), da idade de 60 anos ou mais ( $p=0,001$ ) e do gênero masculino ( $p=0,043$ ). Não se encontrou diferença com relação ao tipo de referência ( $p=0,766$ ), modelo de atenção ao qual os pacientes eram adscritos (ESF e não ESF –  $p=0,114$ ) e visita ao médico no ano anterior ( $p=0,189$ ).

Com relação ao modelo de atenção primária ao qual os pacientes eram adscritos segundo sua residência, identificou-se maior proporção de pacientes procedentes de áreas não ESF (52,2%). A comparação com o sexo e a idade dos pacientes e com variáveis relativas à atenção, ao tipo de referência e a visita ao médico no ano anterior não mostrou diferenças significativas entre os dois grupos (Tabela 3).

Houve um elevado percentual de pacientes que demandaram espontaneamente o hospital (57,6%), contrariamente ao que se esperava. Não se identificou



**Tabela 4.** Comparação entre pacientes atendidos com diagnóstico de CCSAP encaminhados e em demanda espontânea

	TOTAL		ESPONTÂNEA		ENCAMINHADO		P
	N	%	N	%	N	%	
	276	100,0	159	57,6%	117	42,4%	
<b>IDADE (ANOS)</b>							<b>0,572</b>
20 a 59	154	55,8	91	59	63	41,0	
≥60	122	44,2	68	55,7	54	44,3	
<b>SEXO</b>							<b>0,432</b>
Feminino	141	51,1	78	55,3	63	44,7	
Masculino	135	48,9	81	60	54	40,0	
<b>ÁREA DE RESIDÊNCIA</b>							<b>0,141</b>
ESF	132	47,8	70	53	62	47,0	
NÃO ESF	144	52,2	89	61,8	55	38,2	
<b>VISITA AO MÉDICO NO ANO ANTERIOR</b>							<b>0,873</b>
Sim	169	61,2	98	58	71	42,0	
Não	107	38,8	61	57	46	43,0	

Fonte: Elaboração própria.

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

**Tabela 5.** Proporção de internação e coeficiente de internação\*

CCSAP	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÃO POR CCSAP (%)	COEFICIENTE DE INTERNAÇÃO / 10.000 HAB**
IC	1,6	5,7
Angina	1,4	4,9
HAS	0,2	0,8
<b>Total</b>	<b>3,2</b>	<b>11,4</b>

Fonte: Elaboração própria.

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

\* Exceto as internações obstétricas.

\*\* Coeficiente ajustado para 1 ano.

diferença significativa ao se comparar o tipo de referência com o sexo ( $p=0,572$ ), a idade dos pacientes ( $p=0,432$ ), o modelo de atenção primária ao qual os pacientes eram adscritos ( $p=0,141$ ) e a visita ao médico no ano anterior ( $p=0,873$ ) (Tabela 4).

No período estudado ocorreram 1.630 internações de pessoas com idade igual ou superior a 20 anos residentes no município, excetuando-se as internações obstétricas (Tabela 5). Deste total, apenas 3,2% foram devido às CCSAP, com maior participação da insuficiência cardíaca, seguida da angina e da hipertensão arterial. O coeficiente de internação ajustado foi de 11,4 por 10 mil habitantes, conforme se apresenta a seguir:

## Discussão

O presente estudo analisou a demanda de pacientes residentes em um município de médio porte a um serviço terciário de atenção devido a um grupo de doenças cardíacas classificadas como Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária (CCSAP), que refletem indiretamente a qualidade da atenção ambulatorial a estas doenças no município estudado, considerando-se a existência de regionalização com fluxos assistenciais previamente definidos entre os gestores da saúde.

Observou-se predomínio do sexo feminino na demanda ao hospital, porém, em relação às internações, predominou o sexo masculino. Este achado concorda com o perfil de internações realizados em Curitiba (PR), no mesmo período, nos quais se verificou maior prevalência de homens com diagnóstico de IC e angina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Sabe-se que há uma relação entre a maior frequência de utilização dos serviços de saúde pelas mulheres e consequente manutenção desta frequência nos atendimentos de maior complexidade (COSTA *et al.*, 2010). A maior procura do sexo feminino pelos serviços de saúde foi apontada como fator determinante da efetividade das ações da Estratégia de Saúde da Família para doenças cardiovasculares e consequente declínio na taxa de internação de mulheres por CSAP comparada com os homens (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009; GUANAIS; MACINKO, 2009).

Com relação à idade, observou-se predomínio da faixa etária inferior a 60 anos, com concentração entre 40 e 59 anos, justamente quando se espera prevenir a ocorrência de descompensações de doenças crônicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Este mesmo achado foi observado em estudos que analisaram o perfil da clientela em uma emergência hospitalar no Recife (PE) (FURTADO; ARAÚJO; CAVALCANTI, 2004). A justificativa para a maior ocorrência nesta faixa etária foi a maior exposição e vulnerabilidade das pessoas economicamente ativas a agravos à saúde. Em relação à idade dos pacientes internados, ocorreu a inversão da faixa etária, predominando pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, fato esperado em decorrência do agravamento das doenças cardiovasculares (COSTA *et al.*, 2010). Em estudo realizado na Austrália (2001 e 2002), observou-se haver maior prevalência absoluta de internação por angina em relação a IC e HAS nas faixas etárias menores e maior prevalência de internação por IC em idosos, e evidenciou-se o aumento da incidência de internação por CSAP proporcional à idade (PAGE *et al.*, 2007).

Neste estudo, a maioria dos pacientes (57,6%) demandou o serviço terciário espontaneamente. Este elevado índice é considerado inadequado, pois evidencia que as emergências terciárias são de fato a porta de entrada no SUS, uma distorção que mostra a dificuldade da APS em acolher e assistir adequadamente a demanda de seu território com o apoio de uma retaguarda secundária de especialistas e exames para investigação diagnóstica (SANTOS, 2007). Outros estudos mostraram o predomínio de busca direta ao setor de emergência hospitalar em hospitais terciários, como em São Paulo (SP) (60,5% da demanda) e em Maringá (PR) (56%) (OLIVEIRA; SCOCHI, 2002), sendo que em ambos o motivo foi a decisão pessoal por conveniência. Diversas causas são apontadas como justificativa para a busca direta dos serviços de emergências hospitalares, tais como a concepção de que tais serviços são resolutivos devido à concentração tecnológica existente nestes locais e ao horário ininterrupto de trabalho, que é um aspecto facilitador para o acesso. Além disso, vale a pena citar as dificuldades de acesso em outros níveis de atenção e a falta de qualidade e resolubilidade dos serviços de menor complexidade. Consequentemente, ocorre um direcionamento de

pacientes para atendimento no serviço terciário por queixas ou patologias que poderiam ser solucionadas na APS, e que alguns autores denominam de 'falsa demanda', classificando-a como casos 'não adequados' para atendimento em um serviço de emergência hospitalar (OLIVEIRA; SCOCHI, 2002; SIMONS *et al.*, 2010).

Menos da metade dos pacientes atendidos no hospital terciário foi referenciada por outros serviços, principalmente o pronto atendimento (26,8%) e a APS (10,5%). Cabe aqui questionar se a IC, a angina ou a HAS descompensada são problemas de fato solucionáveis no nível primário, em virtude dos sintomas agudos apresentados, tais como dor no peito, falta de ar e outros sugestivos de maior gravidade clínica, demandando atenção especializada com retaguarda tecnológica apropriada. Mesmo sendo pertinente tal questionamento, o baixo índice de pacientes que buscaram inicialmente a APS evidencia a complexa interação de fatores individuais, sociais e organizacionais que determinam a utilização dos serviços de saúde, dentre os quais se pode mencionar a autopercepção da doença e de sua gravidade, os dias e os horários de funcionamento das unidades e a qualidade da atenção ofertada (PINHEIRO *et al.*, 2002; OLIVEIRA *et al.*, 2012). Embora o presente estudo não tenha avaliado os motivos pelos quais os pacientes não buscaram as unidades de saúde, tais aspectos podem ter influenciado nos seus achados.

A variável 'consulta médica no ano anterior' permitiu observar elevado índice de não consulta (38,8%), com diferenciais conforme o tipo de CCSAP mostrando o menor índice em pacientes com IC (28,6%), seguido pela HAS (34,6%) e pela angina (44,8%). As características clínicas e a gravidade de cada doença são fatores que determinam a utilização dos serviços. A IC necessita de atenção especializada na maioria das vezes, o que não ocorre com a HAS, cuja atenção pode ocorrer primordialmente na APS, já que quase a totalidade dos municípios possui programa de hipertensão arterial em sua rede de saúde. Entretanto, há estudos que mostram a falta de efetividade deste programa, como o que encontrou baixa eficiência na produção de serviços direcionados à HAS em 62,2% de 66 municípios catarinenses (RABETTI; FREITAS, 2011). Além disso, uma das características dos pacientes portadores da HAS é a baixa aderência ao

tratamento, gerando descompensações frequentes e buscas de unidades de urgência (CAVALARI *et al.*, 2012).

No presente estudo não se observou associação entre o modelo Saúde da Família e a redução das internações. Outros estudos apontaram a redução de internações por CSAP, mas não foram conclusivos quanto ao impacto dos modelos de APS e, especificamente, da ESF (BARAKAT, 2004; BATISTA *et al.*, 2012; NEDEL *et al.*, 2010). Uma possível explicação refere-se à não homogeneidade deste grupo de patologias sobre as quais poderia haver distintos potenciais de intervenção dos modelos de APS.

Neste estudo houve claro predomínio da evolução favorável dos casos para alta domiciliar, sendo que poucos foram transferidos ou evoluíram para óbito. A análise do subgrupo dos pacientes que demandaram o hospital por IC revela uma taxa de letalidade de 8,6%, a qual se eleva para os pacientes internados por IC, chegando a 11,5%. Estas taxas são similares às médias encontradas em outros estudos nacionais (TAVARES *et al.*, 2004). Vale mencionar que a devolução dos pacientes aos serviços de menor complexidade do município não foi acompanhada de contrarreferência formal, dificultando o retorno das informações geradas no atendimento hospitalar à APS.

Analisando os casos de internação por CCSAP (18,8%), fica evidente o predomínio da internação por IC em relação às demais, o que demonstra sua maior gravidade. Dentre os aspectos assistenciais analisados – tipo de referência, área de residência (ESF/não ESF) e visita ao médico no ano anterior –, não se observou associação significativa com o desfecho internação. Esperava-se que o paciente previamente triado em relação à gravidade e encaminhado para um serviço terciário deveria resultar em mais internações, o que não ocorreu. Talvez os pacientes de maior gravidade tenham buscado diretamente o hospital, já que a pouca organização dos fluxos assistenciais permite que isto ocorra.

A maior parte dos pacientes que foram internados havia comparecido a consulta médica no ano anterior, entretanto, esta variável não esteve associada com a internação, como foi observado por Costa *et al.* (2010), que atribuíram este achado à capacidade do médico de identificar complicações da patologia e indicar a internação. O mesmo se verificou com a variável 'tipo de referência',

que também não esteve associada ao desfecho internação. Apesar disso, é importante chamar a atenção para o fato de que a grande maioria dos pacientes demandou o serviço de maior complexidade assistencial aqui estudado de forma espontânea, indicando uma fragmentação na hierarquização da rede de atenção no município.

A comparação das variáveis em relação à área de residência – ESF ou não ESF – também não revelou diferenças significativas em relação ao sexo, idade, tipo de referência e visita ao médico no ano anterior, caracterizando os grupos como similares nesta casuística.

O delineamento do presente estudo, no qual se captou pacientes na entrada de um serviço terciário de emergência que é referência regional para doenças cardiológicas, possibilitou evidenciar que somente uma pequena proporção dos pacientes (18,8%) que demandaram atenção com sinais e sintomas de agravamento das doenças cardiológicas foi internada. Tal achado mostra que o indicador ‘internação por CCSAP’ retrata apenas parcialmente a demanda de pacientes portadores de descompensação ou agravamento de doenças cardiológicas em decorrência da falta de seguimento adequado. Assim, as internações registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) como CCSAP evidenciaram apenas parte da demanda da atenção terciária, a ‘ponta do iceberg’, composta por pacientes que tiveram um evento negativo de saúde que seria evitável mediante oferta de atenção ambulatorial oportuna e adequada, especialmente da APS. Portanto, as estatísticas de morbidade hospitalar advindas deste indicador parecem estar bastante subestimadas e podem não refletir adequadamente a qualidade da atenção primária em modelos assistenciais similares ao aqui estudado, o que relativiza o seu uso em termos de saúde pública.

Além disso, na medida em que a grande maioria dos pacientes atendidos no serviço de urgência por CCSAP (81,2%, no presente estudo) não aparece nas estatísticas oficiais, fica limitada a possibilidade de se realizar um dimensionamento adequado destes serviços hospitalares para atender, medicar e observar os pacientes antes de liberá-los para alta. Nesse sentido, Simons *et al* (2010) evidenciaram que no serviço de urgência hospitalar de Maceió, 91,7% dos pacientes não permaneceram internados após o atendimento.

Das 1.630 internações ocorridas no hospital no período da pesquisa, por condições gerais, em pacientes de 20 anos ou mais residentes no município, exceto por causas obstétricas, 52 foram por CCSAP, ou seja, 3,2%. Esta proporção encontra-se abaixo da que foi encontrada por Alfradique *et al* (2009), que foi de 5,7%, e por Junqueira (2011), no Distrito Federal, de 4,2%, e por Batista *et al* (2012), de 17,2%. Entretanto, há diferenças metodológicas importantes que limitam as comparações, tais como o período estudado, as faixas etárias abrangidas e estudos de municípios agrupados ou isolados, entre outras. Analisando separadamente as CCSAP, notou-se a proporção de 1,6% para IC, 1,4% para angina e 0,2% para HAS. Outros estudos também encontraram maior proporção de internações por IC, porém a segunda causa foi a HAS e depois a angina, diferentemente do presente estudo. Tais diferenças podem ser explicadas pelo perfil de saúde das diferentes localidades, por variabilidade no acesso e pela organização da rede assistencial – particularmente, a APS –, conforme evidencia estudo realizado na Austrália em 2001, que observou maior proporção de internação por CCSAP, em qualquer idade, por angina (9,0%), seguida de IC (7,7%) e HAS, (1,1%) (PAGE *et al.*, 2007).

Os coeficientes das internações por CCSAP por 10 mil habitantes encontrados foram de 5,7 para IC, 4,9 para Angina e 0,8 para HAS, menores dentre os encontrados em outros estudos nacionais. Estas diferenças podem ser devidas a diferenças metodológicas na obtenção dos dados, já que todos eles se baseiam em dados secundários obtidos do SIH, diferentemente deste estudo, em que foi feita a checagem diagnóstica de cada caso, com exclusão daqueles nos quais se constatou dúvidas ou inconsistências quanto ao diagnóstico.

Os limites do presente estudo foram o período de coleta de dados ter sido de seis meses e não de um ano, havendo necessidade de se ajustar o coeficiente de internação e, ainda, a base populacional usada ter sido de um único município, o que pode ter distorcido o indicador. Além disso, na variável ‘área de adscrição aos modelos de APS’, utilizaram-se informações de geoprocessamento, o que pode não corresponder à real utilização das unidades básicas de saúde em nível individual.

## Conclusão

O presente estudo mostrou uma demanda de 276 pacientes com condições cardiológicas sensíveis à atenção primária pelo serviço terciário de urgência do município estudado no período de 6 meses, com predomínio do sexo feminino (51,1%), média de idade de 55,9 anos e concentração na faixa etária entre 40 e 59 anos. Dos três grupos de patologias consideradas condições sensíveis à atenção primária, houve predomínio da angina (48,5%), seguida da hipertensão arterial (38,8%) e da insuficiência cardíaca (12,7%). A maior parte (57,6%) demandou o serviço terciário espontaneamente, 38,8%

tiveram consulta médica no ano anterior e apenas 18,8% foram internados. Somente estes últimos aparecem nas estatísticas oficiais como tendo sofrido um evento evitável de saúde. Entre os internados houve predomínio da IC ( $p=0,000$ ), da idade de 60 anos ou mais ( $p=0,001$ ) e do gênero masculino ( $p=0,043$ ). Não se identificaram diferenças nas variáveis estudadas entre os pacientes com demanda espontânea ou referidos ou entre os adscritos às áreas de ESF e não ESF. Dentre todas as internações ocorridas no período do estudo, 3,2% foram devidas às CCSAP, sendo o coeficiente de internação por condições cardiológicas de 11,4 por 10 mil habitantes. ■

## Referências

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009. p. 1337-1349.

BARAKAT, S. F. C. *Caracterização da demanda do serviço de emergências clínicas de um hospital terciário do município de São Paulo*. 2004. 120f. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BATISTA, S. R. G. *et al.* Hospitalização por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, 2012. p. 34-42.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. *Informações de saúde. Morbidade hospitalar. Epidemiológicas e Morbidade. Ocorrência por sexo e faixa etária segundo Causa – CID-BR-10*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 20 dez 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n. 221, de 17 abril de 2008. Publica em forma do anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília. 21 Set. 2008c. Seção 1:50.

CAVALARI, E. *et al.* Adesão ao tratamento: Estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2012. p. 67-72.

CONILL, E. M. *et al.* Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 18, 2002. p. S191-S202.

COSTA, A. J. L. C.; KALE, P. L. Medidas de Frequência de Doença. In: MEDRONHO, R. A. *et al.*, (ed.). *Epidemiologia*. São Paulo, Belo Horizonte, Rio de Janeiro: Atheneu, 2009. p. 13-30.

COSTA, J. S. D. *et al.* Prevalência de internação hospitalar e fatores associados em Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 5, 2010. p. 923-933.

DIAS-DA-COSTA, J. S. *et al.* Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, 2008. p. 1699-1707.

FERNANDES, L. C.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, 2009. p. 595-403.

- FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAÚJO, J. R. J. L. C.; CAVALCANTI, P. O. perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 7, n. 3, 2004. p. 279-289.
- GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary Care and Avoidable Hospitalization: Evidence From Brazil. *Journal of Ambulatory Care Management*, Philadelphia, v. 32, n. 2, 2009, p. 115-122.
- JUNQUEIRA, R. M. P. *Descrição das internações por causas sensíveis à atenção primária e análise da mortalidade hospitalar em atendimentos do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal – 2008*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, 2011. 111f.
- NEDEL, F. B. *et al.* Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 19, n. 1, 2010. p. 61-75.
- \_\_\_\_\_. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 6, 2008. p. 1041-1052.
- OLIVEIRA, L. S. *et al.* Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, 2012. p. 3047-3056.
- OLIVEIRA, M. L. F.; SCOCHI, M. J. Determinantes da utilização dos Serviços de Urgência/Emergência em Maringá (PR). *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, Londrina, v. 1, n. 1, 2002. p. 123-128.
- PAGE, A. *et al.* Atlas of Avoidable Hospitalisations in Australia: ambulatory care-sensitive conditions. Adelaide: Public Health Information Development Unit, The University of Adelaide, 2007.
- PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. *Plano Diretor de Regionalização: hierarquização e regionalização da assistência à saúde no Estado do Paraná*. Curitiba, 2009.
- PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. p. 687-707.
- RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 2, 2011. p. 258-268.
- ROSANO, A. *et al.* The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *European Journal of Public Health*. Disponível em: <<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2012/05/29/eurpub.cks053.abstract>> Acesso em: 12 jan 2013.
- SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, 2007. p. 429-435.
- SIMONS, D. A. *et al.* Adequação da demanda de crianças e adolescentes atendidos na Unidade de Emergência em Maceió, Alagoas, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, n. 1, 2010. p. 57-67.
- TAVARES, L. R. *et al.* Epidemiologia da insuficiência cardíaca descompensada em Niterói: Projeto EPICA – Niterói. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 82, n. 2, 2004. p. 121-124.
- TOSO, B. R. G. O. *Resolutividade do cuidado à saúde de crianças menores de cinco anos por causas sensíveis a atenção básica*. 2011. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.373f.
- VIANA, A. L. A. *et al.* Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. p. 577-606.
- 
- Recebido para publicação em abril de 2013  
Versão definitiva em dezembro de 2013  
Suporte financeiro: não houve  
Conflito de interesse: inexistente



# Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha

*Strategies for integrating primary health care with specialized care: parallels between Brazil and Spain*

Patty Fidelis de Almeida<sup>1</sup>, Juan Gérvas<sup>2</sup>, José-Manuel Freire<sup>3</sup>, Lígia Giovanella<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Doutora em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora e Pesquisadora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) – Cruz das Almas (BA), Brasil. [patty@ufrb.edu.br](mailto:patty@ufrb.edu.br)

<sup>2</sup> Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. [jgervasc@meditex.es](mailto:jgervasc@meditex.es)

<sup>3</sup> Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. [jmfreire@isciii.es](mailto:jmfreire@isciii.es)

<sup>4</sup> Doutora em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde do NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ. [giovanel@ensp.fiocruz.br](mailto:giovanel@ensp.fiocruz.br)

**RESUMO:** Este artigo analisa estratégias desenvolvidas por Brasil e Espanha para integrar Atenção Primária à Saúde e Especializada. Entre as iniciativas comuns, observa-se: papel de filtro exercido pelo médico de família, territorialização dos serviços de saúde, especialistas consultores/matriciamento e adoção de protocolos clínicos consensuados. No Brasil, ressalta-se a recente implantação de sistemas descentralizados de regulação, e, na Espanha, a já consolidada informatização da história clínica em APS. A criação de história clínica única é um desafio para ambos os países. Iniciativas que promovam maior relação interpessoal foram consideradas mais exitosas para integrar profissionais dos dois níveis.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção primária à saúde; integração de sistemas; serviços de saúde

**ABSTRACT:** *This paper examines strategies developed by Brazil and Spain for integrating Primary Health Care with Specialized Care. Common measures included: the filter role played by family doctors, territorialization of health services, specialist consultants/matrix support and consensual clinical protocols. Of particular note, in Brazil, is the recent introduction of decentralized regulation systems and, in Spain, the long established computerization of PHC clinical records. Both countries face the challenge of creating unified clinical records. Measures to foster more interpersonal relationship were considered the most successful strategies for integrating health workers from the two levels*

**KEYWORDS:** *Primary health care; systems integration; health services*

## Introdução

Espanha e Brasil caracterizam-se pela implantação de sistemas nacionais de saúde com princípios organizativos semelhantes, como financiamento por impostos gerais, cobertura universal e processos de reforma no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), iniciados nas décadas de 1980 e 1990, respectivamente, em condições socioeconômicas e tradições históricas distintas (quadro 1). Ainda que guiados por princípios comuns, são marcantes as desigualdades de acesso e qualidade entre os serviços públicos de saúde dos dois países. O quadro 1 apresenta outros indicadores que caracterizam diferenças entre os sistemas de saúde brasileiro e espanhol.

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou contexto favorável a processos de reforma do modelo assistencial, no qual se insere o Programa Saúde da Família. Inicialmente formulado como um programa vertical, orientado a populações de risco, em um segundo momento, passou a ser considerado pelo governo brasileiro a principal estratégia de reforma do modelo de atenção em saúde. Além de promover maior acesso à atenção primária, a Estratégia Saúde da Família (ESF) incorporou, entre suas diretrizes, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, maior participação social e intersetorialidade, aliadas à definição de porta de entrada pela APS e à formação de equipe multiprofissional (BRASIL, 2006) (quadros 1 e 2).

O *Sistema Nacional de Salud* espanhol (SNS), instituído em 1986, pela *Ley General de Sanidad*, representou, segundo Freire (2004), opção política pela experiência, considerada exitosa, dos serviços nacionais de saúde e uma evolução da *Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social* (ASSS). Originada do *Seguro Obligatorio de Enfermedad*, criado na década de 1940, o seguro social teve sua cobertura progressivamente ampliada e, desde seu início, instituiu o médico generalista como primeiro contato. Neste sentido, a criação do *Sistema Nacional de Salud*, em 1986, representou trajetória coerente com o desenvolvimento histórico da previdência social espanhola, cuja cobertura foi se incrementando até a década de 1980.

As pressões dos profissionais recém-formados na especialidade de Medicina de Família e Comunidade (MF&C), criada em 1978 (CARRIO; BADÍA, 2008), e a crescente insatisfação da população com os serviços oferecidos motivaram a promulgação do Real Decreto 137/1984, considerado um marco na criação de um novo modelo de APS no país. As principais reformas centraram-se na contratação de médicos generalistas em dedicação integral, formação de equipes multidisciplinares, melhoria da infraestrutura física, construção de novos Centros de Saúde e fortalecimento da função de *gatekeeper* do generalista, agora, com formação em MF&C (FREIRE, 2004, 2005; RICO; FREIRE; GÉRVAS, 2007) (quadros 1 e 2).

Desde 1999, o *Sistema Nacional de Salud* espanhol é financiado por meio de impostos gerais federais e das dezessete Comunidades Autônomas (CA), que respondem pela gestão e organização de toda a assistência sanitária nos territórios. Os serviços sanitários estão organizados em Áreas de Saúde, com população entre 200 e 250 mil habitantes, e em dois grandes níveis de atenção: o primeiro nível, ou APS, composto por Centros de Saúde e consultórios isolados, geralmente, em meio rural, e o segundo nível: a atenção especializada – prestada por hospitais gerais denominados hospitais de área –, no qual também estão concentrados os meios diagnósticos e os serviços de urgência 24 horas (ESPAÑA, 2006) (quadro 1).

Passados mais de vinte anos desde o início da reforma da APS, na Espanha, e mais de uma década da implantação da ESF no Brasil, a integração entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada (AE), assim como ocorre em outros países, converteu-se em uma preocupação e um desafio a ser enfrentado (HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007; GÉRVAS; RICO, 2005). Segundo Gervas (2009), a integração entre níveis segue como um tema pendente para o sistema de saúde espanhol. Para o autor, a reforma da APS privilegiou mudanças na carteira de serviços, no tipo e na distribuição dos recursos, em detrimento de ações pró-coordenação, sendo esse o escopo de medidas mais recentes. No Brasil, após período de ampla expansão da ESF, principalmente a partir dos anos 2000, ainda são incipientes, na maior parte dos municípios,

**Quadro 1.** Características gerais dos sistemas de saúde – Brasil e Espanha, 2009

CARACTERÍSTICA	BRASIL	ESPANHA
<b>Cobertura pública populacional</b>	Universal (de direito, não de fato)	Universal (de fato, não de direito)
<b>Fontes de financiamento</b>	Impostos gerais	Impostos gerais
<b>Gasto total em saúde % do PIB</b>	8,4 (2008) (*)	8,5% (2007)(**)
<b>Gasto público em saúde % do gasto total em saúde</b>	44,0 (2008) (*)	71.8 (2007) (**)
<b>Gasto total em saúde per capita (\$US PPP)</b>	837 (2007) (*)	2.671 (2007) (**)
<b>% de população coberta por seguros privados de saúde</b>	20,6 (2007) (***)	14.4 (2006) (*), sendo 50% deste total pertencentes ao Seguro Social de Funcionários
<b>Entidade político-territorial responsável pela gestão e organização do sistema de saúde</b>	MUNICÍPIOS: responsáveis pela APS – descentralização finalizada em 2004; parte dos municípios de maior porte – todo o sistema de saúde, incluindo atenção especializada e hospitalar; ESTADOS: responsáveis pela gestão da média e alta complexidade, referência para vários municípios	MUNICÍPIOS: não têm competências na organização do SNS COMUNIDADES AUTÔNOMAS – CA: (estados) responsáveis por todo o sistema de saúde – descentralização finalizada em 2002.
<b>Entes responsáveis pela organização do sistema de saúde</b>	Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde – órgão da administração pública direta – organização indiferenciada dentro da administração pública correspondente (Município, Estado)	Todas as CA têm Serviços Autônomos de Saúde (Serviço Vasco, Galego, etc.). São organizações com personalidade jurídica própria, com diversos formatos (organismos autônomos, empresas públicas, entes públicos de direito privado)
<b>Organização territorial-populacional do sistema de saúde</b>	REGIÕES OU DISTRITOS DE SAÚDE: em construção com formatos diversos ÁREAS DE SAÚDE: para as Equipes de Saúde da Família (até 4.000 hab)	ÁREAS DE SAÚDE: 200.000 a 250.000 hab. ZONAS BÁSICAS DE SAÚDE: 5.000 a 25.000 hab para a APS
<b>Níveis de organização da atenção em saúde</b>	3 Níveis: ATENÇÃO BÁSICA (APS) ATENÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE especializada ambulatorial e hospitalar ATENÇÃO DE ALTO CUSTO/ALTA COMPLEXIDADE ambulatorial e hospitalar	2 Níveis: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ATENÇÃO ESPECIALIZADA: ambulatorial hospitalar e internação hospitalar

CARACTERÍSTICA	BRASIL	ESPANHA
<b>Prestadores de serviços do sistema público de saúde</b>	APS: própria pública em Centros de Saúde ATENÇÃO ESPECIALIZADA: pública e privada, 35% dos procedimentos realizados pelo SUS foram realizados por prestadores privados (#) ATENÇÃO HOSPITALAR: privada e pública, 55% das internações realizadas pelo SUS foram em prestadores privados (#)	APS: própria pública em Centros de Saúde ATENÇÃO ESPECIALIZADA/HOSPITALAR: 70% prestadores públicos próprios (varia segundo CA)
<b>Vínculo laboral dos trabalhadores sanitários públicos</b>	Diversos regimes: servidores públicos, Regime CLT, contratos temporários	Regime especial de emprego público ("estatutário") para a grande maioria
<b>Médicos por 10.000 habitantes</b>	17,4 (2007) (***)	36,5 (2007) (**)
<b>Enfermeiros por 10.000 habitantes</b>	9,4 (2007) (***)	75,4 (2007) (**)
<b>Leitos hospitalares por 10.000 habitantes</b>	18.8 (2010) (***)	33 (2006) (**)
<b>Número de consultas médicas por habitante/ano</b>	2,6 (SUS) (2007) (***)	8,1 (2006) (**)

Fonte: \* WHO Statistical Information System (WHOSIS), 2010;

\*\* OECD Health Data, 2009

\*\*\* Indicadores e Dados Básicos, 2008

# Ministério da Saúde – DATASUS

medidas para alcançar melhor coordenação. A ausência de integração da rede assistencial, associada à oferta insuficiente, repercute negativamente no acesso aos serviços especializados, considerados o grande gargalo do SUS (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Estudos identificam um conjunto de reformas capazes de potencializar a capacidade dos sistemas de saúde de melhorar a coordenação dos cuidados, que pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum (ALMEIDA *et al.* 2010; HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007; BOERMA, 2007; NUÑEZ; LORENZO; NAVARRETE, 2006). O presente artigo identifica estratégias de coordenação dos cuidados por meio da análise de instrumentos de

integração entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada, desenvolvidas em municípios brasileiros e Comunidades Autônomas espanholas. Estudos demonstram que a coordenação dos cuidados sustenta-se na existência de uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde, de modo que distintas intervenções sejam percebidas e experienciadas pelo usuário de forma contínua e adequada às suas necessidades de atenção em saúde (ALMEIDA *et al.* 2010; HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI, 2007; BOERMA, 2007; NUÑEZ; LORENZO; NAVARRETE, 2006). Deste modo, além de colaborar para maior conhecimento teórico e prático no campo da coordenação dos cuidados, aqui compreendida como essencial à oferta de uma APS abrangente, objetiva-se identificar práticas exitosas que, tendo em vista especificidades de cada país, possam constituir lições aprendidas.

**Quadro 2.** Características da Atenção Primária à Saúde – Brasil e Espanha, 2009

INDICADOR	BRASIL	ESPANHA
<b>Tradição – antecedentes de Medicina Geral</b>	Medicina Previdenciária com ações especializadas de pronto-atendimento, sem tradição em MF&C Centros de Saúde Pública para controle de endemias e atendimento a grupos específicos por meio de ações programáticas Poucas iniciativas locais em Medicina Geral e Comunitária	Medicina de Assistência Pública Domiciliar (século XIX) Anos 40: o Seguro Social inicia com a Medicina e Pediatria geral (médicos de cabecera)
<b>Processo de reforma da APS</b>	Iniciado em 1994 (criação do Programa Saúde da Família)	Iniciado em 1984 (RD137/84) Criação das Equipes de Atenção Primária
<b>APS porta de entrada (filtro)</b>	Proposta a partir de 1994 em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família	Sim, desde os anos de 1940, início do Seguro Social
<b>Co-pagamento por consultas</b>	Não	Não
<b>Territórios geograficamente definidos para a APS</b>	Somente para áreas cobertas pela ESF: áreas e micro-áreas de saúde	Sim: Zonas Básicas de Saúde (Centros de Saúde)
<b>Composição das Equipes de APS</b>	Médico generalista, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal (odontólogo, ACD e/ou THD)	Médico de Família e Comunidade, Pediatra, Enfermeiras, Administrativos
<b>Lista de população por médico de família</b>	Não (população adscrita a Equipe de Saúde da Família e não ao médico de família – de 3.000 a 4.000 hab/ESF )	Sim: entre 1.300 e 1.800 pessoas registradas por médico de família
<b>Livre eleição do médico/ equipe de Saúde da Família</b>	Não	Sim (possibilidade de mudar de médico de família voluntariamente)
<b>Sistema de pagamento dos médicos</b>	Salário	Salário + pequeno complemento por capitação
<b>Horário normal de funcionamento dos Centros de Saúde</b>	8:00-17:00 (segunda a sexta-feira)	08:00-21:00h (segunda a sexta-feira) em dois turnos
<b>Carga horária dos médicos de APS</b>	40:00 hs semanais em dois turnos (manhã e tarde)	35 hs semanais em um turno (manhã ou tarde)
<b>Formação especializada em Medicina de Família e Comunidade</b>	Não obrigatória	Atualmente obrigatória Iniciada 1978 – 4 anos de duração, igual as outras especialidades.

Fonte: Elaboração Própria

## Método

Para identificar e analisar as estratégias de integração entre APS e AE, no Brasil e na Espanha, foram analisados dados qualitativos de estudos de caso desenvolvidos em quatro municípios brasileiros (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2009) e em três comunidades autônomas espanholas. Buscou-se analisar características, similaridades e diferenças com relação às estratégias de integração entre níveis assistenciais, na perspectiva de gestores e gerentes da saúde, consideradas elementos fundamentais para alcançar o atributo da coordenação dos cuidados (KRINGOS *et al.*, 2010). Conforme destaca Conill (2006), embora a organização e a distribuição dos serviços sejam distintas entre os países e que seja impossível a simples importação de

experiências desenvolvidas em contextos socialmente distintos, a análise comparada permite conhecer diferentes estratégias para o enfrentamento dos problemas de saúde, refletir sobre sua utilidade e situar determinado sistema de saúde em uma perspectiva mais ampla.

Os municípios brasileiros foram selecionados de forma intencional, com base em pesquisa anterior, realizada por Escorel *et al.* (2004), e em entrevistas com informantes-chave do Ministério da Saúde, de modo a escolher experiências consolidadas de implantação da ESF (quadro 3). Neste sentido, as experiências analisadas não podem ser generalizadas para todo o país, que apresenta modelos diferenciados e graus distintos de implantação e cobertura por equipes de saúde da família. Na Espanha, foram selecionadas – com base em entrevistas com informantes-chave da *Escuela Nacional*

**Quadro 3.** Critérios de seleção e características dos municípios estudados, 2009

CRITÉRIOS/ CARACTERÍSTICAS	ARACAJU	BELO HORIZONTE	FLORIANÓPOLIS	VITÓRIA
Ano de implantação do PSF	1998	2002	1998	1998
Cobertura populacional do PSF > de 50%	86,7%	69,6%	71,3%	60,1%
Número de ESF implantadas*	127 (128)	484 (504)	84 (84)	56(62)
Número de UBS	50	145	48	30
Presença de práticas inovadoras preliminarmente identificadas	Acolhimento	Acolhimento Integração da rede	USF campo de prática para graduação	Intersetorialidade Adesão AMQ
População municipal 2007	505.286	2.399.920	406.564	317.085
Região do país	Nordeste	Sudeste	Sul	Sudeste
Habilitação em gestão plena do sistema municipal	Sim	Sim	Não	Não

Fonte: GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2009

\* Entre parênteses, maior número de ESFs registradas no SIAB até fevereiro de 2008. Outros dados, dezembro de 2007.



de Sanidad, órgão do Ministério de Ciência e Inovação, que desenvolve programas de formação e pesquisa voltados à melhoria do Sistema Nacional de Saúde espanhol – Comunidades Autônomas com capacidade de ‘liderança’, cujas mudanças e inovações são de grande influência para as demais, quais sejam: Catalunha, Madri e País Basco. Nos três casos, as unidades de análise foram compostas pela área metropolitana mais importante, respectivamente, Barcelona, Madri e Bilbao. Nos dois países, foram eleitas unidades com capacidade decisória (municípios, no Brasil, e CA, na Espanha).

A principal fonte de informação do estudo foram 81 entrevistas semiestruturadas, realizadas com gestores, gerentes da saúde, profissionais e representantes de entidades médicas e de enfermagem, realizadas, nos municípios, entre os meses de maio e setembro de 2008, e nas CAs, de março a agosto de 2009 (quadro 4). O roteiro de entrevista foi definido com base em categorias de análise utilizadas por Almeida *et al.* (2010) para identificar e avaliar estratégias de integração entre níveis

assistenciais. Os roteiros de entrevista foram adaptados em função das especificidades dos sistemas de saúde de cada um dos países.

As entrevistas semiestruturadas foram gravadas e transcritas. Foi realizada análise de conteúdo, e os resultados organizados segundo as categorias pré-definidas. Os dados passaram por análise vertical de conteúdo, considerando categorias, grupos de informantes-chave, municípios e CAs, e por leitura horizontal, comparando-se as perspectivas do conjunto de atores envolvidos. Além das categorias pré-definidas, novos elementos foram identificados com base em temas emergentes nas entrevistas. A apresentação dos resultados está estruturada em quatro dimensões: posição ocupada pela APS e prioridade do tema da integração entre níveis de atenção nas políticas locais de saúde; instrumentos de integração dos serviços de saúde; organização dos fluxos para atenção especializada; e cultura de colaboração entre APS e AE (quadro 5).

**Quadro 4.** Composição da amostra de informantes, Brasil e Espanha, 2009

GRUPOS DE INFORMANTES	BRASIL	ESPANHA	TOTAL
<b>GESTORES</b>			
Secretário Municipal de Saúde	4		4
Gestor de Área de APS		5	5
<b>GERENTES/PROFISSIONAIS/ENTIDADES REPRESENTATIVAS</b>			
Atenção Básica/ESF	4		4
Regulação/Controle/Avaliação	16		16
Vigilância em Saúde	4		4
Centro de Saúde	16		16
Diretor médico, de enfermagem e de investigação		14	14
Diretor clínico de hospital		2	2
Médico de Família/enfermagem/representantes de entidades profissionais	10	6	16
<b>TOTAL</b>	<b>54</b>	<b>27</b>	<b>81</b>

Fonte: Elaboração Própria

**Quadro 5.** Características e estratégias de integração entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada segundo gestores e gerentes – Brasil e Espanha, 2009

DIMENSÕES	BRASIL	ESPANHA
<b>POSIÇÃO OCUPADA PELA APS E PRIORIDADE DO TEMA DA INTEGRAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO NAS POLÍTICAS LOCAIS DE SAÚDE</b>		
Presença do tema no debate da política de saúde	Sim	Sim
Grau de importância atribuído	Alto	Alto
Capacidade de intervenção dos gestores de APS na implementação de medidas pró-coordenação	Alta – nas Coordenações de AB/ESF centralizada na Secretaria Municipal de Saúde	Baixa – nas Coordenações locais de APS
Grupos mais afetados por inadequada coordenação	Crianças, idosos, crônicos e pacientes com patologias graves com dificuldades para acessar os serviços de saúde	Crônicos, idosos, gestantes, pacientes com necessidade de cuidados paliativos, imigrantes
Porta de entrada do sistema de saúde	Unidades de Saúde da Família	Centros de Saúde
Papel de filtro para atenção especializada	Médicos da Equipe de Saúde da Família	Médicos de Família e Pediatras das Equipes de Atenção Primária
<b>INSTRUMENTOS DE INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>		
História clínica informatizada em APS	Incipiente	Sim (em todos os Centros de Saúde)
História clínica única	Incipiente (entre atenção primária e especializada)	Não (existência de repositório comum de informações clínicas)
Retorno das informações clínicas por meio de instrumento de contra-referência	Irregular, com graus distintos de qualidade	Irregular, com graus distintos de qualidade

## Resultados

### INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA NO BRASIL

#### *Posição ocupada pela APS e prioridade do tema da integração entre níveis de atenção nas políticas locais de saúde*

A integração entre níveis assistenciais tem sido um tema presente no debate da política local de saúde nos quatro municípios brasileiros, e considerada, pelos gestores entrevistados, relevante e necessária para a construção de uma atenção integral em saúde, ainda que medidas para efetivá-la ainda não estejam plenamente implantadas. Há um entendimento de que somente a expansão da Estratégia Saúde da Família não seja suficiente para garantir a integralidade do cuidado, exigindo a articulação com os

DIMENSÕES	BRASIL	ESPANHA
<b>ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA</b>		
<b>Percurso mais comum do paciente para acesso à atenção especializada</b>	Encaminhamento do médico da equipe de saúde da família	Encaminhamento do médico de família/ pediatra/ginecologista
<b>Circuitos preferenciais para referência</b>	Priorização de risco indicada pelo médico de família e avaliada por equipe de reguladores da SMS	Sim - para suspeita de malignidade e consultas preferenciais a critério da avaliação do médico de família
<b>Estruturas de APS para atendimento à urgência</b>	Não – Unidades de Pronto Atendimento pertencentes à AE	Sim – Pontos de Atenção Continuada e Centros de Urgência em APS
<b>Articulação entre APS e serviços de pronto-atendimento</b>	Insuficiente	Insuficiente
<b>Guias de prática clínica</b>	Sim - por patologias e ciclos de vida e protocolos para definição de fluxos e regulação para atenção especializada	Sim – por patologias (artrite, hipertrofia benigna de próstata, insuficiência cardíaca, etc)
<b>Monitoramento das referências realizadas pelos profissionais de APS para AE</b>	Não	Não
<b>CULTURA DE COLABORAÇÃO ENTRE APS E AE</b>		
<b>Conhecimento do trabalho desenvolvido em APS pelos profissionais de AE</b>	Baixo	Insuficiente, embora com mudanças recentes
<b>Reconhecimento profissional e social dos profissionais de APS</b>	Pouco reconhecimento por parte dos demais especialistas; iniciativas municipais de valorização dos profissionais de APS	Insuficiente reconhecimento por parte dos demais especialistas, maior por parte dos usuários; situação atual mais favorável
<b>Iniciativas que favoreçam conhecimento pessoal e intercâmbio de experiências entre APS e AE</b>	Tele-consulta e tele-conferência; territorialização dos serviços de AE; “matriciamento” com interconsulta, sessões clínicas e capacitações	Especialistas “consultores” com sessões clínicas e interconsulta; deslocamento dos especialistas ao Centro de Saúde para atendimento clínico; criação de blog para profissionais de APS, AE e gestores
<b>PRINCIPAIS DIFICULDADES PARA IMPLANTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PRÓ-COORDENAÇÃO</b>		
<b>Principais dificuldades para implantação de estratégias pró-coordenação</b>	Insuficiente integração entre prestadores municipais e estaduais; baixa qualidade dos processos de regulação (justificativas clínicas); insuficiente oferta de atenção especializada; ausência de políticas para a média complexidade por parte do Ministério da Saúde; pouco conhecimento dos processos de trabalho em APS e de reconhecimento dos profissionais; rotatividade de profissionais	Grande independência e ausência de objetivos comuns entre níveis assistenciais; insuficiente articulação entre gestores de APS e AE; aumento do trabalho burocrático executado pelos médicos; falta de incentivos para desempenho de ações de coordenação; baixa institucionalidade e falta de continuidade das estratégias implementadas; pouco conhecimento dos processos de trabalho em APS

Fonte: Elaboração própria

demais níveis do sistema e com as políticas públicas. Ainda assim, se reconhece que a implantação da ESF, na medida em que objetiva organizar a porta de entrada, impulsionou o debate em torno da necessidade de organização da rede, regulação e coordenação dos cuidados. A possibilidade de redução do número de internações hospitalares, de melhoria do acompanhamento do uso de medicamentos e do autocuidado, do fluxo de informações entre serviços e dos ganhos de eficiência do sistema em geral seriam resultados, em médio prazo, de medidas pró-coordenação. Os grupos avaliados como mais afetados por inadequada coordenação foram crianças, mulheres, idosos, pacientes crônicos e com patologias graves que apresentam dificuldades para acessar o sistema de saúde. No entanto, destacou-se que os diversos grupos populacionais necessitam de cuidados contínuos, associados à existência de serviços de saúde integrados (quadro 5).

As equipes de Saúde da Família (SF) estão formalmente definidas como a porta de entrada para o sistema de saúde, embora o papel de filtro, que inclui a referência aos demais níveis, seja exercido pelo médico generalista nas cidades estudadas (quadro 5). Além de porta de entrada, os serviços de APS são identificados pelos gestores e gerentes como o nível de atenção que teria o papel de coordenação dos cuidados no interior do sistema de saúde:

*Todo o restante da rede é suporte para a atenção básica (gestor de Belo Horizonte).*

Segundo os entrevistados, a principal estratégia para organização da porta de entrada nas Unidades de Saúde da Família (USF) é o acolhimento, que busca articular atendimento às demandas espontânea e programada, embora não haja garantias explícitas de tempos máximos para atendimento.

### ***Instrumentos de integração dos serviços de saúde***

Um dos principais instrumentos para integrar a APS à atenção especializada é a implantação de centrais informatizadas de regulação e marcação de procedimentos especializados – SISREG – nas Unidades de Saúde da Família. Mesmo que em fases distintas de implantação

entre os casos, os sistemas informatizados vêm permitindo aos gestores conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, definir prioridades clínicas, conhecer o índice de abstenção a consultas e exames, além de garantir maior imparcialidade no controle das agendas.

A implantação da história clínica informatizada nos serviços de atenção primária e especializada ainda é recente e bastante incipiente. Belo Horizonte e Florianópolis, no ano de 2008, estavam em processo de informatização dos prontuários nas USF, com desenvolvimento de história clínica compartilhada com os serviços municipais de especialidades. Nestas cidades, desde o início da implantação, trabalhou-se pela criação de história clínica única entre atenção primária e especializada (quadro 5).

Foi relatada existência de instrumentos formais para referência e contrarreferência. Contudo, a maior parte dos gestores e gerentes afirmou que a contrarreferência não é uma prática comum, o que compromete a continuidade dos cuidados. Entre os motivos assinalados, aparecem a vinculação histórica do usuário com a atenção especializada, o isolamento entre profissionais dos dois níveis, a desqualificação do trabalho do generalista e as dificuldades dos profissionais para registro de dados clínicos.

### ***Organização dos fluxos para atenção especializada***

O percurso mais comum do usuário para acesso à atenção especializada, de acordo com os fluxos formais estabelecidos, acontece por meio de encaminhamento dos serviços de APS nos quatro casos. A marcação é realizada com base na referência do médico das equipes de SF (quadro 5). O pedido é inserido no SISREG, e a data e o serviço, em geral, são, posteriormente, informados pelo telefone, pelo Agente Comunitário de Saúde, ou o próprio usuário retorna ao Centro de Saúde para obter a informação. Outra forma de acesso à atenção especializada é a procura direta por unidades de urgência e pronto atendimento. Em todos os municípios, foi recorrente o discurso de que muitos casos que chegam a esses serviços poderiam ser atendidos nas USF. De acordo com avaliação dos entrevistados, a possibilidade de atendimento no mesmo dia e uma certa facilidade de acesso a meios diagnósticos são

alguns dos fatores explicativos da procura dos serviços de urgência como primeiro contato.

Nos municípios estudados, o sistema de marcação e regulação presente nas USF permite a inserção da referência solicitada pelo médico de família segundo classificação de risco. Em Belo Horizonte, por exemplo, os casos considerados prioritários são avaliados por equipes de médicos reguladores da Secretaria Municipal de Saúde, que definem aqueles que não podem estar na fila de espera, independentemente das cotas físicas de cada Unidade.

Para a organização dos fluxos, são adotadas guias de prática clínica em diversas áreas do cuidado, que, embora sigam recomendações gerais do Ministério da Saúde, passaram por processos de discussão e revisões locais, com participação de profissionais, gestores e entidades representativas. Em Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, além das guias tradicionais, com base nos ciclos de vida e agravos, foram adotados protocolos para definição de fluxos e regulação da atenção especializada. O processo de construção coletiva dos protocolos funcionou, também, como estratégia de capacitação e interlocução entre profissionais de APS e AE.

Não foi referida prática sistemática de análise dos encaminhamentos realizados pelas equipes de SF por parte do gestor municipal. Contudo, a implantação de sistemas informatizados de regulação para atenção especializada, ao possibilitar o monitoramento *on line* das filas de espera, vem permitindo o acompanhamento do percurso do usuário e o redimensionamento da oferta dos recursos especializados, de acordo com critérios epidemiológicos e sociais, além de algumas medidas para diminuição dos tempos de espera, como compra de serviços da rede privada (quadro 5).

### ***Cultura de colaboração entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada***

A preocupação em criar mecanismos para aproximação entre profissionais da APS e da AE, com vistas a criar uma cultura de colaboração entre níveis, ainda é incipiente nos municípios investigados, sendo mais presente em Belo Horizonte. Estratégias de teleconsulta e teleconferência foram consideradas medidas que aproximam profissionais dos dois níveis (quadro 5). Embora

constituam importante instrumento para melhorar a integração entre serviços de saúde, segundo avaliação de alguns entrevistados:

*se não houver o contato pessoal entre os profissionais dos diversos níveis, as relações de hierarquia não irão mudar* (gestor de Belo Horizonte).

Avaliou-se que o especialista precisa sair do consultório e conhecer diretamente as pressões e demandas da população, o que possibilitaria mudanças de atitude, de valorização e respeito pelos profissionais que atuam em outros níveis do sistema. O baixo prestígio social e profissional dos trabalhadores de APS agrava a distância em relação às demais especialidades. Na perspectiva de membros de entidades representativas de Medicina de Família e Comunidade, o maior problema enfrentado seria a baixa valorização do médico generalista pelos pares.

A criação de serviços territorializados de atenção especializada, como vem ocorrendo em Belo Horizonte e Florianópolis, que funcionam como referência para as USF de determinado distrito ou regional de saúde, além de aumentar o acesso mais oportuno a consultas e exames de média complexidade, oportuniza maior contato entre generalistas e especialistas e potencializa a resolutividade da APS:

*É dentro desta lógica que estamos trabalhando, ou seja, ampliar o acesso à média complexidade é também qualificar a atenção primária* (gestor de Florianópolis).

O 'matriciamento' destacou-se entre as inovações implantadas para reduzir o distanciamento e aproximar especialistas e profissionais de APS, além de trabalhar as dificuldades encontradas pelas equipes de SF em seu próprio espaço de trabalho:

*Não podemos ter dois modelos, um que seja de atenção básica e outro que não seja. A atenção especializada precisa qualificar a básica. O usuário precisa pertencer a todos os níveis* (gestor de Vitória).

O matriciamento prevê que especialistas apoiem profissionais de APS por meio de interconsulta, discussão de casos clínicos, capacitações, além de funcionar como referência para atendimentos.

## INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA NA ESPANHA

### *Posição ocupada pela APS e prioridade do tema da integração entre níveis de atenção nas políticas locais de saúde*

A integração entre níveis assistenciais foi considerada um desafio fundamental nas discussões e políticas de saúde nas três CAs espanholas, e elemento chave para melhoria da qualidade da atenção, ainda que as medidas implantadas nem sempre sejam as mais adequadas. Foi consenso entre os entrevistados que a população a ser atendida é a mesma, a depender da necessidade de saúde em dado momento, e que os serviços são interdependentes.

O grande número de portadores de patologias crônicas vem gerando desafios assistenciais, tanto para a APS quanto para a AE, sendo uma das motivações para o desenvolvimento de ações pró-coordenação como a melhor integração entre níveis assistenciais. Além disso, a preocupação com o tema foi relacionada a problemas como aumento das listas de espera, repetição de provas diagnósticas e o consequente aumento dos gastos para o sistema sanitário (quadro 5). Entre os grupos mais afetados por inadequada coordenação, foram mencionados portadores de patologias crônicas, idosos, gestantes e aqueles com necessidade de cuidados paliativos. De acordo com avaliação dos entrevistados, grupos com menor acesso às informações sobre a organização do sistema de saúde e aos recursos econômicos são prejudicados por inadequada coordenação, como, por exemplo, imigrantes.

Na Espanha, o profissional médico com especialidade em Medicina de Família & Comunidade tem função de filtro para a atenção especializada. A grande maioria dos espanhóis utiliza seu médico de família e, também, o pediatra do Centro de Saúde como serviço de procura regular. O usuário é vinculado a um médico de família e pode, mediante justificativa, solicitar

mudança para a lista de outro profissional. Embora a APS tenha passado por reformas nos anos de 1980, que aumentaram seu protagonismo no interior do *Sistema Nacional de Salud*, desde 1940, a função de porta de entrada já era exercida pela APS. Mais recentemente, em alguns casos, os enfermeiros que compõem as Equipes de Atenção Primária (EAP) passaram a realizar atendimento de primeiro contato, embora a função de filtro seja exercida por médicos de família.

O mais frequente é que não haja nenhum tempo de espera para a APS e que todos sejam atendidos no mesmo dia. Em Bilbao, há uma diretriz para toda Comarca, parte da certificação de qualidade dos serviços, que determina a existência de vagas nas agendas para atendimento dos casos agudos. Apesar do amplo acesso à APS, cujas unidades funcionam em dois turnos, foi relatado que as longas listas de espera para algumas especialidades e a existência de uma certa cultura, que considera a atenção hospitalar como de melhor qualidade, são elementos que levam a população a buscar atendimento diretamente na rede de urgência.

Gestores de Madri destacaram a baixa capacidade de intervenção das gerências de APS na definição de estratégias para melhorar a integração entre níveis assistenciais. Ainda assim, as principais iniciativas em curso, frequentemente, são empreendidas por esse nível de atenção. Uma das razões citadas seria a de que a atenção primária é quem se responsabiliza e mantém maior vínculo com os usuários, construído por anos de atuação de um mesmo profissional no mesmo Centro de Saúde:

*(...) a atenção especializada, em geral, é para episódios (...). Entretanto, o paciente permanece, ao longo do tempo e de sua vida, longitudinalmente, com a APS. Então, muitas vezes, a necessidade de coordenação parte mais da nossa necessidade do que da atenção especializada (gerente de Bilbao).*

### **Instrumentos de integração dos serviços de saúde**

Desde a década de 1990, foi iniciado o processo de informatização das histórias clínicas em APS, com ritmo diferenciado entre as CAs. Já a rede hospitalar apresenta



processo mais recente de informatização (quadro 5). Não há história clínica única, compartilhada entre APS e AE. Barcelona e Bilbao optaram pelo desenvolvimento de um ‘repositório comum de informações clínicas’, que permite aos profissionais de ambos os níveis acessar e compartilhar dados de interesse comum, como exames complementares, diagnósticos, informes de alta hospitalar, contatos com serviços de saúde, tratamentos, entre outros. Essa ferramenta é recente e ainda não está plenamente implantada em todas as unidades de atenção primária e especializada.

A troca de informações clínicas entre níveis de atenção ainda acontece, predominantemente, por meio de guias de referência e contrarreferência não informatizadas. Na maior parte das vezes, o documento que contém dados clínicos e justificativa para referência é conduzido pelo usuário ao especialista, que deve fazer o registro do atendimento nesse documento. O processo de retorno das informações clínicas, desde a AE à APS, foi avaliado como irregular, apresentando problemas com relação à qualidade dos registros.

### **Organização dos fluxos para atenção especializada**

O percurso mais comum do usuário para obter acesso à atenção especializada ocorre por referência realizada por médicos de família ou pediatras que atuam nos Centros de Saúde (quadro 5). Quando esses profissionais avaliam a necessidade de encaminhamento, preenchem uma guia, na qual dados pessoais, medicações e outras informações podem ser extraídas da história clínica informatizada e acrescidas da justificativa para a referência. A solicitação é conduzida pelo usuário ao funcionário administrativo, que acessa a agenda de consultas e exames disponíveis, segundo o hospital de área. Assim, o agendamento da consulta com especialista é realizado pelo Centro de Saúde, e a data e o horário, em geral, são informados nesse momento.

Mais recentemente, foi relatada criação de circuitos especiais de referência para casos que, segundo a avaliação do médico de família, não poderiam entrar em filas de espera e não têm perfil para atendimento de urgência. Em Madri, esses circuitos estão estabelecidos para casos de ‘suspeita de malignidade’. Desse modo, o usuário deve ser

comunicado sobre a disponibilidade de consulta especializada em até 48 horas e atendido em até 15 dias; e para ‘consultas preferenciais’, que representam situações intermediárias entre a urgência e o circuito normal de referência, devendo ser avaliadas em até um mês. Nas demais CAs, os circuitos preferenciais também privilegiaram casos de suspeita de câncer. Contudo, foi mencionado que tais circuitos enfrentam problemas para sua operacionalização, como a realização de referências inadequadas:

*Se gerou mais demora diagnóstica, apesar da criação de circuitos especiais de referência para pacientes com suspeita de câncer. O que ocorre é que se encaminha todo mundo, os que podem ou não ter câncer, se produzindo um gargalo ainda maior (gestor de Madri).*

Para os episódios que acontecem fora do horário de atendimento dos Centros de Saúde, estão disponíveis Pontos de Atenção Continuada (PAC). Esses serviços fazem parte da APS e estão voltados ao atendimento de casos sem perfil para urgências hospitalares.

Guias de prática clínica para agravos específicos também têm representado estratégia utilizada para organização de fluxos entre atenção primária e especializada. Em Bilbao e Barcelona, foi relatada elaboração conjunta desses instrumentos, uma vez que implica a definição de atividades coordenadas entre os dois níveis (quadro 5).

O número de encaminhamentos e as listas de espera estão disponíveis para as gerências de atenção primária, embora não tenha sido relatada prática sistemática de avaliação desses dados. Conforme gestores e gerentes de Madri, não é possível saber o número de pacientes que realizaram consulta ou exame especializados, informação disponível apenas nos hospitais e enviada às direções de APS, esporadicamente. Foi considerado que mais que um problema de oferta insuficiente, as longas filas de espera, para algumas especialidades, decorreriam da falta de objetivos comuns entre atenção primária e especializada

*Ter objetivos comuns nos ajudaria. (...) Há recursos que não são econômicos. Por isso, temos*

*que encontrar a fórmula de nos coordenarmos mais facilmente (gerente de Madri).*

### **Cultura de colaboração entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada**

De forma geral, avaliou-se como insuficiente o conhecimento dos profissionais que atuam na atenção especializada sobre o processo de trabalho na APS, situação que vem se modificando, positivamente, ao longo do tempo (quadro 5). Foi consenso que um maior conhecimento mútuo poderia gerar mudanças positivas na relação entre profissionais dos dois níveis:

*(...) quando os especialistas vêm aos Centros de Saúde e passam a conhecer como trabalhamos, se estabelecem relações de confiança e vontade de trabalhar mais em conjunto. Quando ficam somente no hospital, se esquecem de como funciona o todo (gerente de Madri).*

Neste sentido, as iniciativas para favorecer maior conhecimento pessoal e intercâmbio de experiências entre profissionais de APS e AE foram consideradas as estratégias mais exitosas para fortalecer a integração entre níveis:

*Conhecer-se fisicamente também é importante. (...) existe a tecnologia... mas o contato pessoal é importante, estar diante do especialista, falar com ele... (gerente de Bilbao).*

A distância entre os profissionais também foi atribuída ao fato de que o médico de família não recebe os mesmos reconhecimento e prestígio que os demais especialistas, uma das condições para que possa exercer o papel de coordenação no interior do sistema de saúde:

*as estratégias utilizadas são as mesmas utilizadas por todos: protocolizar patologias, definir critérios de referência, utilizar ferramentas conjuntas... Tudo isso não tem utilidade se não parte de uma base: que o profissional de APS tenha o mesmo nível, responsabilidade e*

*valorização que os demais médicos do sistema de saúde. Todos têm que situar-se no mesmo nível, com papéis distintos... (médico de família de Bilbao).*

Entre as medidas implantadas para aproximar profissionais, destaca-se a experiência de ‘especialistas consultores’ em áreas como cardiologia, dermatologia, gastroenterologia, oftalmologia, traumatologia, entre outras (quadro 5). Estes profissionais, vinculados a hospitais de referência, se deslocam aos Centros de Saúde para realização de interconsulta, sessões clínicas, capacitações e elaboração conjunta de protocolos:

*Uma das vantagens de ter especialistas nos Centros de Saúde é a aproximação, o reconhecimento mútuo. Muitas vezes, o especialista atende somente no hospital e maneja só um tipo de paciente. Quando estão nos Centros de Saúde, há uma adaptação a uma forma distinta de trabalhar (gerente de Barcelona).*

Em Bilbao, a criação de um *blog* para troca de informações, artigos, opiniões, realização de sessões clínicas e, sobretudo, como instrumento de comunicação foi mencionada como uma iniciativa para aproximar profissionais e para melhorar a integração entre níveis:

*o objetivo é compartilhar uma cultura de que vale a pena trabalhar de forma conjunta, compartilhar conhecimento (gestor de Bilbao).*

## **Discussão**

Nos dois países, considerou-se insuficiente o conhecimento dos profissionais que atuam em serviços especializados sobre o processo de trabalho em APS e a valorização de seus profissionais, o que interfere na criação de uma cultura de colaboração. Situação mais problemática é enfrentada no Brasil, onde a especialidade de Medicina de Família & Comunidade é de reconhecimento recente. Foi consenso entre os entrevistados espanhóis que, além do uso das TIC, são necessárias ações que

promovam maior contato interpessoal. Esses resultados corroboram os achados de Martinez *et al.* (2009), em estudo com gestores e profissionais de organizações sanitárias espanholas. Neste país, destacou-se a experiência de ‘especialistas consultores’. A territorialização dos serviços de atenção especializada, como ocorre em dois casos investigados, também possibilita maior contato entre profissionais que atuam na mesma região de saúde. Essas intervenções parecem oportunas na medida em que discussões com assessores externos têm se mostrado inefetivas para promover mudanças nos processos de referência (GRIMSHAW *et al.*, 2005).

Nas CAs estudadas, foram criados circuitos especiais de referência e outras iniciativas para definição de tempos máximos de espera. Embora tenham sido avaliadas positivamente, referências inadequadas ou tentativas de diminuir tempos de espera por meio de fluxos especiais podem gerar problemas adicionais de desigualdade de acesso e retardar o atendimento em casos necessários (GÉRVAS *et al.*, 2008). Nos municípios brasileiros estudados, o SISREG permite inclusão de casos prioritários, ainda que coexistam problemas de oferta insuficiente de atenção especializada (ALMEIDA *et al.*, 2010). A iniciativa de criar comissões locais em Centros de Saúde e protocolos de regulação objetiva qualificar as referências, promover maior discussão dos casos e busca de uma segunda opinião. Estudos demonstram que alternativas intermediárias, como uma segunda opinião, no próprio âmbito da APS, apresentam resultados positivos na modificação das taxas de referência (GRIMSHAW *et al.*, 2005).

A definição de protocolos clínicos foi estratégia adotada pelos dois países. As evidências disponíveis indicam que a adoção passiva de diretrizes clínicas, provavelmente, não melhora o processo de referência, salvo quando envolve os diversos prestadores na elaboração e na implantação (GRIMSHAW *et al.*, 2005). Estudo realizado por Martinez *et al.* (2009) corrobora essa

assertiva, destacando que guias e protocolos clínicos podem facilitar acordos sobre a atuação dos profissionais somente se consensuados.

Na Espanha, desde os anos de 1990, iniciou-se processo de informatização da história clínica em APS, embora, até o momento, não tenham sido observados avanços no desenvolvimento de uma história única. Ainda assim, a criação de um ‘repositório comum de informações clínicas’, acessado pela APS e AE, aparece como alternativa. No Brasil, a história clínica informatizada é bastante incipiente. Nos dois países, a maior parte da contrarreferência apresenta graus distintos de qualidade e regularidade, problema histórico e persistente, que reflete a insuficiente comunicação entre níveis (REIG *et al.*, 2004).

Em síntese, experiências desenvolvidas por Brasil e Espanha apresentam potencialidades para melhorar a integração da rede. Entre as iniciativas comuns, com graus distintos de desenvolvimento, observa-se: papel de filtro exercido pelo médico de família no sistema de saúde espanhol, e, no Brasil, nas áreas cobertas pela ESF; territorialização dos serviços de saúde; estratégias para aproximar profissionais e qualificar as ações de APS, como os ‘especialistas consultores’ e o ‘matriciamento’; e adoção de protocolos clínicos consensuados. Nos municípios brasileiros investigados, ressalta-se a recente implantação de sistemas descentralizados de regulação que permitem acompanhar o percurso dos usuários e as filas de espera. Na Espanha, destaca-se a consolidada informatização da história clínica em APS. A criação da história clínica única é um desafio colocado aos dois países. Em ambos, é reconhecida a necessidade de políticas e investimentos para valorização dos trabalhadores e do cuidado prestado no campo da APS, bem como da promoção de maior contato pessoal e de relações diretas entre profissionais, com vistas à criação de uma cultura de colaboração, sendo essas as iniciativas consideradas mais exitosas para integração entre atenção primária e especializada. ■

## Referências

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

BOERMA, W.G.W. Coordination and integration in European primary care. In: SALTMAN, R.S.; RICO, A.; BOERMA, W.G.W. (orgs.). *Primary care in the driver's seat?* Organizational reform in Europe-

- an primary care. Berkshire: Open University Press, 2007. p. 3-21.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2006.
- CARRIO, F.B.; BADÍA, J.G. La atención primaria española en los albores del siglo XXI. *Gestión Clínica y Sanitaria*, v.10, n.1, 2008. p. 3-7.
- CONILL, E. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G.W.S. *et al. (orgs.). Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Hucitec, Editora Fiocruz, 2006. p. 563-613.
- ESPAÑA, Ministerio de Sanidad y Consumo. Dossier nacional de atención primaria en salud y la integración con otros niveles de atención. Madrid: EuroSocial Salud, 2006. Disponível em: <[http://www4.ensp.fiocruz.br/eventos\\_novo/dados/arg6973.doc](http://www4.ensp.fiocruz.br/eventos_novo/dados/arg6973.doc)>. Acesso em: 24 jul. 2009.
- FREIRE, J.M. La atención primaria de la salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud. In: NAVARRO LÓPEZ, V. (coord.). *El Estado de Bienestar en España*. Madrid: Tecnos, 2004. p. 239-291.
- \_\_\_\_\_. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. In: REPULLO, J.R.; OTEO OCHOA, L.A. *Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible*. Madrid: Ariel, 2005. p. 61-99.
- FREIRE, JM; J, GÉRVAS, J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: Reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Revista de Administración Sanitaria*, v. 4, n. 2, 2006. p. 357-382.
- GÉRVAS, J. Atención primaria: 1984-2007. La práctica clínica (acceso y proceso). In: NAVARRO, V.; MARTÍN-ZURRO, A. (orgs.) *La atención primaria de salud en España y sus comunidades*. Barcelona: SEMF&C, 2009. p. 91-104.
- GÉRVAS, J. *et al.* Paradojas en la derivación de primaria a especializada. *Atención Primaria*, v. 40, n. 5, 2008. p. 253-255.
- GÉRVAS, J.; RICO, A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la atención primaria. *SEMERGEN*, v. 31, n. 9, 2005. p.418-423.
- GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M.H.M. (coords.) Estudos de caso sobre a implementação da estratégia saúde da família em grandes centros urbanos. *Relatório final*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=9439&tipo=B>>. Acesso em: 24 set. 2009.
- GRIMSHAW, J.M. *et al.* Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 3, 2005. Art. No.: CD005471. DOI: 10.1002/14651858.CD005471.
- HOFMARCHER, M.M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. Improved Health System performance through better care coordination. *Health Working Paper* n. 30. Paris: OECD, 2007. Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/22/9/39791610.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2009.
- KRINGOS, D.S. *et al.* The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Services Research*, v. 10, n. 65, 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/65>>. Acesso em: 23 may 2010.
- MARTÍNEZ, D.H; NAVARRETE, M.L.V.; LORENZO, I.V. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gaceta Sanitaria*, v. 23, n. 4, 2009. p. 280-286.
- NÚÑEZ, R.T.; LORENZO, I.V.; NAVARRETE, M.L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, v. 20, n. 6, 2006. p.485-495.
- REIG, B. Evaluación de la calidad del documento de interconsulta. ¿Influye la adecuada cumplimentación del médico de familia en la respuesta que obtiene del especialista? *Atención Primaria*, v. 34, n. 6, 2004. p. 300-305.
- RICO, A.; FREIRE, J.M.; GÉRVAS, J. El sistema sanitario español (1976-2006): factores de éxito en perspectiva internacional comparada. In: ESPINA, A. (coord.). *Estado de Bienestar y competitividad*. La experiencia europea. Madrid: Fundación Carolina/Siglo XXI, 2007. p. 401-444.

Recebido para publicação em agosto de 2012

Versão definitiva em novembro de 2013

Suporte financeiro: Ministério da Saúde

Conflito de interesse: inexistente

# Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB

*Employee performance appraisal as a peculiar way of prescribing work: an analysis of PMAQ-AB*

Paulo Navarro de Moraes<sup>1</sup>, Aparecida Mari Iguti<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mestrando em Saúde Coletiva no Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Professor da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica (PUC) – Campinas (SP), Brasil. paulonm@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Doutorado em Anthropologie Et Ecologie Humaine pela Université Paris Descartes (PARIS 5) – Paris, França. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. iguti@fcm.unicamp.

**RESUMO:** Este artigo descreve a avaliação do desempenho do trabalhador como um instrumento de gestão do trabalho caracterizado por inverter a clássica prescrição do trabalho e tem como objetivo evidenciar a utilização deste instrumento na política pública de saúde, por meio da análise de conteúdo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os resultados são apresentados e discutidos em três grupos de categorias de análise relativos aos parâmetros, ao modo de condução e ao sistema de recompensa. Conclui-se que o PMAQ-AB constitui instrumento de gestão afeito às novas políticas de recursos humanos, sendo forma peculiar de prescrição do trabalho em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação de desempenho; administração de recursos humanos; saúde pública; atenção básica à saúde.

**ABSTRACT:** *This paper describes the employee performance appraisal as a work management tool characterized by reversing the classical 'prescription of work' and aims to show the use of this tool in public health policy, analyzing the content of the National Program for the Improvement of Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB). The results are presented and discussed in three groups of analysis categories, (1) the parameters, (2) the ways to conduct the assessment processes and (3) the reward system. We have concluded that the PMAQ-AB has similar characteristics of new personnel management adopted by private enterprises but as a peculiar way of 'prescribed work' in health care system.*

**KEYWORDS:** *Employee performance appraisal; Personnel management; Public health; Primary health care.*

## Introdução

No campo da ergonomia, destaca-se a tese de que há uma diferença entre o que é chamado de trabalho prescrito e o trabalho real. Para Daniellou *et al.* (1989, p. 7), as empresas ‘definem, previamente, uma produção, um trabalho, os meios para realizá-lo: estes são determinados a partir de regras, de normas e de avaliações empíricas. São elementos previstos e, portanto, teóricos’. O trabalho prescrito é definido como

*[...] a maneira como o trabalho deve ser executado: o modo de utilizar as ferramentas e as máquinas, o tempo concedido para cada operação, os modos operatórios e as regras a respeitar. Porém, ‘este trabalho prescrito nunca corresponde exatamente ao trabalho real’, isto é, o que é executado pelo trabalhador (DANIELLOU *et al.*, 1989, p. 7). (Grifo nosso).*

Brito (2009) observa que a percepção do fato de que o trabalho real não corresponde fielmente ao trabalho prescrito ocorreu, inicialmente, no contexto da análise de um trabalho organizado de maneira *taylorista*, que tem como uma de suas características marcantes a separação entre quem planeja ou prescreve o trabalho e quem o executa ou realiza.

Antunes (1995) considera que o chamado *taylorismo-fordismo* foi a forma predominante de organização do trabalho, especialmente do trabalho industrial, ao longo do século XX. Contudo, principalmente a partir da crise do capitalismo nos anos 1970, o modelo de produção em série e de massa, característico do *fordismo*, é substituído “por novos padrões de busca de produtividade, por novas formas de adequação da produção à lógica de mercado” (ANTUNES, 1995, p. 16).

Essas novas estratégias de gerenciamento recebem as mais diversas denominações: ‘gerenciamento estratégico participativo’, ‘gerenciamento de terceiro tipo’, ‘pós-fordismo’, ‘gerenciamento da qualidade total’, entre outras. Para se referir a elas de uma maneira conjunta, Lima (1996, p. 23) vai utilizar a expressão Novas Políticas de Recursos Humanos (NPRH), denominação que passa a ser adotada com este sentido.

Autores como Lima (1996) e Campos (2007) questionam a ‘novidade’ dessas políticas. Lima considera que há um aproveitamento da formulação da chamada Escola das Relações Humanas e afirma que “a maior novidade que este ‘novo’ modelo gerencial apresenta não se encontra nos seus fundamentos, mas na abrangência de sua aplicação” (LIMA, 1996, p. 19). Já Campos considera que, em essência, o *taylorismo* não foi superado:

*[...] a marca central da organização moderna ou pós-moderna continua sendo o autoritarismo. Um autoritarismo, às vezes, revestido com palavras doces – parceria, integração, desenvolvimento de RH, flexibilização –, mas enganosas. Além de integrar-se ao espírito da firma, espera-se que os empregados o façam com um entusiasmo expressivo, quase histérico (CAMPOS, 2007, p. 23).*

A adoção das NPRH ocorre em um cenário de afirmação da ideologia neoliberal, principal resposta do capitalismo à crise iniciada nos anos 1970. Foucault aponta para uma definição do neoliberalismo sob três pontos de vista: sob o primeiro, econômico, é “a reativação de velhas teorias econômicas”; sob o segundo, sociológico, é a “instauração, na sociedade, de relações estritamente mercantis”; e sob o terceiro, político, é uma “cobertura para uma intervenção generalizada e administrativa do Estado” (FOUCAULT, 2008, p. 179). No mesmo sentido, Mészáros (2011, p. 153) afirma que, a despeito de toda a ‘mitologia neoliberal’ em sentido contrário, “o papel intervencionista do Estado nunca foi tão grande quanto no nosso tempo”. Na alegoria de Bourdieu (1998) – de que o Estado possui uma “mão direita”, que representa e opera os interesses do Capital, e uma “mão esquerda”, que representa e opera as políticas sociais e os interesses da classe trabalhadora – o Estado neoliberal torna-se definitivamente destro.

No Brasil, na contramão da Constituição de 1988 – que ficou conhecida como a Constituição Cidadã por consagrar uma série de direitos típicos dos estados de bem-estar social, entre os quais o direito universal e integral à saúde –, o processo político conduziu à



ascensão de Fernando Collor como primeiro presidente eleito após o período de ditadura militar e, com ele, tiveram início os processos de reforma do Estado dentro dos princípios neoliberais, seguindo a cartilha do Consenso de Washington (BATISTA, 1994).

Iniciado com Collor, este processo de reforma do Estado se aprofunda no governo Fernando Henrique Cardoso, quando a mesma se torna política de governo com *status* de Ministério – o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). Para além da proposta de privatização da economia, a reforma do Estado brasileiro previa a incorporação de elementos típicos das NPRH na gestão dos serviços públicos, visando a uma transição da chamada administração burocrática para a administração gerencial. Nas palavras do então titular do MARE, Bresser Pereira:

*a Reforma do Aparelho do Estado voltada para a gestão e busca de resultados, inclusive com ‘indicadores, metas e avaliação de desempenho’, é um processo de mudanças da instrumentalidade da ação do Estado, dos meios da governança, no manejo ou gerenciamento de seus recursos econômicos e sociais, na busca da eficiência* (BRESSER PEREIRA *apud* CARINHATO, 2008 p. 42). (Grifos nossos).

Citada textualmente por Bresser Pereira, a Avaliação do Desempenho do Trabalhador constitui importante instrumento de gestão dentro das NPRH, justamente por sua característica de inverter a lógica *taylorista* da prescrição do trabalho: não mais se prioriza a determinação, *a priori*, do rol de atividades a serem desempenhadas, mas se determina o resultado que se espera do trabalho. Gera-se, portanto, uma forma peculiar de prescrição do trabalho. Para Merhy (1997, p. 20), esses novos modos de gerir as organizações têm a finalidade de “garantir a ‘captura’ do trabalho vivo em ato na produção, permitindo que os autogovernos tenham que ser ‘coerentes’ com a natureza do processo produtivo capitalista”.

No registro das NPRH, encontramos um reconhecimento da impossibilidade de anular a autonomia dos trabalhadores, a partir do controle preciso dos tempos

e movimentos do corpo, como pretendia o taylorismo-fordismo mais tradicional. Desta forma, a gestão passa a conceder uma autonomia outorgada (LIMA, 1996), em que o trabalhador goza de liberdade para criar e (re) inventar o trabalho, desde que o faça de modo coerente com o processo produtivo capitalista.

Ao invés de se determinar o modo de produção, determina-se o que se espera do trabalhador e o que se espera do produto, deixando ao trabalhador a responsabilidade do sucesso ou do fracasso da produção, que será devidamente avaliado de forma a premiar ou punir o trabalhador, conforme o seu desempenho individual. A concorrência gerada entre os trabalhadores, neste cenário de introjeção da lógica capitalista no interior do ambiente de trabalho, garantiria que o uso da autonomia se desse em benefício principal dos interesses do capital. Contendo tanto os parâmetros de qualidade da produção quanto a lógica de indução da concorrência, por meio de um sistema de recompensas a ela associado, a avaliação do desempenho do trabalhador constitui o principal instrumento objetivo de inversão da prescrição do trabalho.

A adoção da avaliação do desempenho do trabalhador como instrumento de gestão do trabalho no âmbito do serviço público, longe de ser uma história acabada e datada nos anos 1990, continua viva no Brasil. Em 2010, o Decreto Presidencial nº 7.133 (BRASIL, 2010) regulamentou ‘os critérios e procedimentos gerais a serem observados para a realização das avaliações de desempenho individual e institucional e o pagamento das gratificações de desempenho’ previstos em diversas legislações específicas de carreiras de Estado.

Em 2011, a Portaria nº 1.654 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) cria o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Alencar *et al.* (2012, p. 8) incluem o PMAQ-AB no campo da Gestão por Resultados, que utiliza o instrumento Avaliação do Desempenho do Trabalhador como estratégia para conseguir “garantir o acesso e a qualidade da atenção à saúde para toda a população brasileira”, o que seria, na visão das autoras, a missão do Sistema Único de Saúde.

Este artigo se motiva pela discussão da utilização, nos serviços públicos de Atenção Básica à Saúde, das

Novas Políticas de Recursos Humanos características do setor privado contemporâneo, em particular, o instrumento Avaliação do Desempenho do Trabalhador e sua característica de inversão da prescrição clássica do trabalho. O objetivo é identificar, através da análise de conteúdo do discurso normativo dos documentos oficiais e públicos do PMAQ-AB, os possíveis elementos de aproximação entre o programa e as NPRH.

## Metodologia

Utilizou-se metodologia inspirada na Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2011), para proceder à análise dos documentos oficiais e públicos relacionados ao PMAQ-AB. Os documentos selecionados foram os seguintes:

- a Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável (BRASIL, 2011), atualizada pela Portaria nº 535, de 3 de abril de 2013 (BRASIL, 2013). No escopo de dispositivos infralegais disponibilizados, há uma série de portarias que versam sobre a atualização e a definição de valores do componente de qualidade das diversas versões do PMAQ;
- os Documentos: Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ (BRASIL, 2012a); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo (BRASIL, 2012b); Instrumento de Avaliação Externa da Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2012c); e Documento Síntese para Avaliação Externa (BRASIL, 2012d).

Além disto, incluímos a apostila completa do Curso de Autoaprendizado – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde, com o Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição e com a Universidade de Brasília (ALENCAR *et al.*, 2012), e o artigo O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012), publicado na Revista RECIIS pelo Diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB), por seu Diretor Adjunto e pelo Coordenador-Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica.

Para proceder à análise, foi construído um conjunto de categorias de análise, seguindo a linha metodológica de Bardin. Para a autora, a categorização é um processo de tipo estruturalista, que comporta duas etapas: o inventário, onde o pesquisador busca isolar os elementos; e a classificação, onde o pesquisador busca repartir os elementos e, portanto, procura impor certa organização às mensagens (BARDIN, 2011).

Foi realizada uma definição prévia das categorias, pois, segundo Bardin, “este é o procedimento [...] aplicável no caso de a organização do material decorrer diretamente dos funcionamentos teóricos hipotéticos” (BARDIN, 2011, p. 149).

O conjunto de categorias de análise foi construído a partir de uma leitura dos dispositivos de controle implícitos inerentes às NPRH, assim descritos por Lima:

- A atenção dada ao cliente e a concentração sobre o exterior, consideradas como a ‘via mais rigorosa da autodisciplina’;
- A pressão exercida pelos pares, definida como o mais rigoroso dispositivo de controle;
- O tamanho reduzido das divisões, que facilita sua gestão;
- A autonomia outorgada, considerada como produto da disciplina. O trabalhador tem a

**Quadro 1.** Conjunto de categorias de análise

GRUPO	CATEGORIAS
Parâmetros	Introjeção de missão e valores Compromisso ético-político Foco no exterior Autonomia outorgada Especialização flexível
Modo de condução	Arbitrio gerencial Controle pelos pares
Sistema de recompensas	Motivação Cobrança dos pares Remuneração por desempenho

Fonte: Elaboração Própria

permissão de usufruir da sua liberdade de uma maneira que corresponda aos objetivos da empresa. Não podemos nos esquecer de que este modo de agir, mais permissivo, pode engajar mais fortemente a responsabilidade dos indivíduos;

- Os fundamentos éticos, como a valorização do trabalho, considerado como um dever em relação à comunidade;
- A individualização dos salários e dos assalariados<sup>1</sup>;
- A tentativa de criar o consenso e um ambiente homogêneo (valores, regras e princípios compartilhados);
- O autocontrole, que substitui a coerção;
- A conjugação da exigência e da precisão com a flexibilidade (LIMA, 1996, p. 39-40).

<sup>1</sup> Desta forma, segundo Lima, reduz-se a pressão da organização dos trabalhadores e da reivindicação coletiva, ao passo que valoriza uma competição intensa entre esses mesmos trabalhadores.

Foram consideradas, além destes dispositivos, as características essenciais de um processo avaliativo, os propósitos e o modo de condução (GUBA; LINCOLN, 2011). Quanto aos propósitos, foi possível identificar, com base na literatura estudada, dois principais, associados à Avaliação do Desempenho do Trabalhador: a manutenção de um coeficiente elevado de alienação do trabalho, que se dá a partir da definição dos parâmetros, e a instalação de uma concorrência entre os trabalhadores, que se dá a partir da introdução de um Sistema de Recompensas.

Assim, com base nestes referenciais, chegou-se a um total de dez categorias de análise, divididas em três grupos: Parâmetros, Modo de Condução e Sistema de Recompensas. O resultado desta construção encontra-se sintetizado no Quadro 1, abaixo.

## Análise do conteúdo dos documentos oficiais do PMAQ-ABw

### 1. QUANTO AOS PARÂMETROS

O PMAQ-AB trabalha com um sofisticado escopo de parâmetros que, de maneira resumida, consiste dos indicadores de desempenho e de monitoramento, contratualizados com municípios e equipes na Fase 1, e uma

gama de padrões de qualidade, utilizados em parte no momento de autoavaliação e no todo, quando da Avaliação Externa (BRASIL, 2012b).

Em todos os casos, os parâmetros estão determinados nos documentos oficiais pesquisados e, portanto, os trabalhadores das equipes de atenção básica não possuem qualquer possibilidade de participar de sua formulação, o que reforça a alienação do trabalho e a Racionalidade Gerencial Hegemônica (CAMPOS, 2007).

Nos documentos pesquisados, há uma clara referência ao uso do PMAQ-AB no contexto de um modelo de gestão por resultados, em que a missão do Sistema Único de Saúde seria ‘garantir o acesso e a qualidade da atenção à saúde para toda a população brasileira’ (ALENCAR *et al.*, 2012, p. 8). Trabalha-se, portanto, no PMAQ, com a perspectiva de **introjeção de missão e valores** nos trabalhadores, valores estes que, segundo a interpretação feita do Manual Instrutivo do PMAQ-AB, foram construídos na forma de indicadores e padrões de qualidade, ‘buscando sinergia entre o PMAQ e as prioridades pactuadas pelas três esferas de governo’ (BRASIL, 2012b, p. 25).

No mesmo sentido, é possível perceber a exigência de um **compromisso ético-político**, presente, por exemplo, no trecho: “Estimular [...] a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários” (BRASIL, 2012b, p. 8). A estratégia para este estímulo, como é da característica deste modelo de gestão, é a introdução de indicadores e padrões de qualidade que possam induzir este compromisso nos trabalhadores, uma vez que serão cobrados. Mais do que induzir “padrões de boas práticas” (BRASIL, 2012b, p. 8), busca-se aqui, também, trabalhar com a modulação do perfil profissional.

Para Pinto, Sousa e Florêncio (2012), a adesão e a contratualização individualizada por equipe tentou introduzir um dispositivo concreto de viabilização do reconhecimento intersubjetivo dos indivíduos, que devem se responsabilizar pelo conjunto de ações capazes de promover a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica.

A expectativa de um ‘reconhecimento intersubjetivo dos indivíduos’, para que se responsabilizem pelo conjunto de ações pensadas pelos formuladores do

programa, também constitui evidência da tentativa de introjeção de missão e valores.

O **foco no exterior** é claramente identificado em várias passagens dos documentos oficiais analisados, a começar pela repetida referência à ‘satisfação do usuário’ (BRASIL, 2011, 2012b, 2012c, 2012d). Aqui é possível construir uma analogia entre o usuário do SUS e o ‘cliente’ da empresa privada. A satisfação da clientela é um dos elementos centrais do PMAQ-AB (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Entretanto, o foco no exterior verificado nos parâmetros do PMAQ-AB transcende o componente ‘satisfação da clientela’, uma vez que boa parte dos padrões de qualidade remete a resultados (política de gestão por resultados) verificáveis externamente. Pelo instrumento de avaliação externa (BRASIL, 2012c), sempre que possível, é solicitada prova documental da realização do padrão de qualidade em questão.

O próprio momento avaliativo é denominado Avaliação Externa, uma vez que *experts* oriundos de instituições de ensino e pesquisa vêm verificar, *in loco*, as evidências de que os resultados esperados foram efetivamente alcançados.

O componente **autonomia outorgada** também se encontra presente na análise dos documentos oficiais pesquisados. No Manual Instrutivo do PMAQ-AB, o termo autonomia aparece remetido às dimensões de educação permanente e apoio institucional. No primeiro caso, reforça que é preciso, para a transformação do modelo de atenção, que, entre outras, os trabalhadores tenham “maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras” (BRASIL, 2012b, p. 46). No segundo caso, encontra-se a referência de que o “apoio institucional na saúde deve buscar, portanto, a democracia institucional, a ampliação dos graus de autonomia dos sujeitos, a defesa da vida e dos princípios e diretrizes do SUS” (BRASIL, 2012b, p. 47). No mesmo documento, encontra-se ainda a seguinte colocação:

*a seleção dos elementos que comprovam adequação aos padrões de qualidade considera também soluções locais e inovações que cumpram os objetivos vinculados ao padrão, principalmente*

*os relacionados aos processos de trabalho, não se limitando à criatividade e proatividade das equipes e da gestão municipal (BRASIL, 2012b, p. 52).*

Percebe-se, portanto, que há um claro estímulo para que as equipes de atenção básica produzam soluções inovadoras, para atingir os resultados esperados pelos formuladores do programa, constituindo exemplo inequívoco da prática da autonomia outorgada.

Por fim, o componente de **especialização flexível** também se encontra muito presente nos documentos analisados, em especial, no documento AMAQ (BRASIL, 2012a), que define os padrões de qualidade. Existe um padrão de qualidade específico que remete à questão da formação, tanto do ponto de vista da titulação dos profissionais quanto do ponto de vista de suas “habilidades e competências”:

*Os profissionais de nível superior da equipe de atenção básica têm formação qualificada para atuarem na AB. Tais qualificações contribuem para que desenvolvam ações de saúde mais resolutivas no território, promovendo melhor desempenho técnico e profissional, novas competências e habilidades, bem como melhoria nos processos de trabalho, planejamentos e intervenções da equipe. São exemplos de formação complementar: Especialização em Saúde da Família, Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Social, Residência em Medicina de Família e Comunidade, Especialização em Odontologia Preventiva e Social, Saúde Bucal Coletiva etc. (BRASIL, 2012a, p. 57).*

Outro padrão de qualidade (abaixo) mostra, com ainda maior clareza, esta exigência de uma especialização flexível. Os dois padrões estão presentes na subdimensão ‘Perfil da Equipe’:

*Os profissionais da equipe utilizam suas habilidades, conhecimentos e competências (para além das atribuições profissionais) em torno da ampliação da capacidade de equipe de*

*produzir saúde de maneira compartilhada e motivadora. Por exemplo: liderança e criatividade, capacidade de produzir inovações e lidar com dissensos, mediação de conflitos, capacidade de escuta (BRASIL, 2012a, p. 58).*

## 2. QUANTO AO MODO DE CONDUÇÃO

O PMAQ-AB constitui um instrumento de avaliação bastante complexo, com vários momentos. Entre estes, dois em especial configuram momentos avaliativos: o momento da autoavaliação (primeira dimensão da Fase 2) e o momento da Avaliação Externa (Fase 3).

Para o momento da autoavaliação, o PMAQ-AB permite um processo mais livre, embora tenha a recomendação/oferta da utilização da AMAQ (BRASIL, 2012a) como instrumento. Sua utilização não é, portanto, exigida, mas se mostra particularmente útil, na medida em que define parte dos padrões de qualidade que serão utilizados para a avaliação externa.

O momento de avaliação externa, por sua vez, pode ser considerado, efetivamente, o ato avaliativo propriamente dito. Dizemos isto porque a fase de autoavaliação é considerada neste momento, e pontua na classificação final em um sistema binário: foi feita ou não foi feita. Para que se pontue, neste caso, a equipe deve apresentar ao avaliador externo documento comprobatório desta realização (ata de reunião de equipe, por exemplo). Se puder comprovar que fez uma autoavaliação, a equipe recebe os pontos atribuíveis (10% do total); se não houver esta comprovação, não recebe os pontos. Assim, para efeito do resultado da avaliação, pouco importa o produto da autoavaliação.

A avaliação externa é composta por quatro módulos, distintos pelo método de coleta de dados: no módulo 1, o avaliador irá observar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde; no módulo 2, caberá ao avaliador entrevistar o trabalhador designado pela equipe para esse momento – a este serão feitas perguntas sobre o processo de trabalho e sobre a organização do cuidado ao usuário, bem como lhe serão solicitados os documentos comprobatórios, conforme o padrão de qualidade em questão; no módulo 3, o avaliador entrevistará



um usuário do serviço, buscando as informações referentes à satisfação do mesmo; e o módulo 4 consiste da consulta *online* de questões complementares aos módulos anteriores, que deverão ser respondidas pelos gestores ou pelos trabalhadores (a depender da atribuição) na plataforma eletrônica do programa.

Diante do exposto, percebe-se que, na Avaliação do Desempenho do Trabalhador prescrita pelo PMAQ-AB, há uma possibilidade menor de **arbitrio gerencial**. Talvez o momento em que isto possa acontecer não seja na condução da avaliação, mas na fase de adesão/contratualização. Entretanto, como afirmam Pinto, Sousa e Florêncio (2012), a necessidade de que a equipe também assine a adesão e contratualize os indicadores de desempenho e monitoramento constitui uma potencial defesa dos trabalhadores contra o arbitrio gerencial.

Tampouco se observa a pressão exercida pelos pares – **controle dos pares** – no ato de condução da avaliação, uma vez que a relação direta existente é entre o avaliador externo e um representante da equipe (Módulo 2 da avaliação externa).

### 3. QUANTO AO SISTEMA DE RECOMPENSAS

O caráter competitivo do PMAQ-AB fica explícito em seu modo de configuração do pagamento do componente de qualidade do PAB, variável em função do desempenho obtido pelas equipes da atenção básica. Assim, utiliza-se a técnica estatística de agrupamento, para classificar as equipes da atenção básica pertencentes a um mesmo estrato em quatro categorias possíveis: muito acima da média; acima da média; na média; e abaixo da média ou insatisfatório.

Com as mudanças introduzidas pela Portaria 535/2013 (BRASIL, 2013), a categoria insatisfatório fica restrita às equipes de serviços/unidades que não cumprem os requisitos mínimos de permanência. As demais possibilidades de classificação referem-se à distância em relação à média, calculada por desvios-padrão, de forma que sempre haverá equipes classificadas nas três categorias, sendo impossível a hipotética situação de todas as equipes receberem 100% do componente de qualidade do PAB Variável (pois, para que se fique ‘muito acima da média’, é necessário que outras equipes estejam na média

e abaixo dela). Se todas as equipes atingissem a nota máxima, estariam todas na média e, portanto, fariam jus a apenas 20% do valor relativo ao referido componente. Este é o valor que é repassado às equipes quando da adesão, ou seja, um desempenho máximo de todas as equipes (situação ideal) não representaria nenhum investimento a mais nessas equipes.

O PMAQ-AB, *a priori*, não prevê um sistema de recompensas que atinja diretamente o trabalhador da equipe de Atenção básica. O componente de qualidade do PAB Variável é um recurso transferido diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde correspondente.

Embora nos documentos oficiais não haja previsão de **remuneração por desempenho**, existem experiências, em alguns municípios, em que os recursos do componente de qualidade do PAB Variável são empregados, no todo ou em parte, em bonificação no rendimento dos trabalhadores. Segundo informação constante do sítio do DAB na internet, a implantação do PMAQ-AB “é uma oportunidade de viabilizar ou instrumentalizar a adoção de mecanismos de remuneração por desempenho”. Tal informação encontra consonância com o padrão de qualidade:

*A gestão municipal remunera os trabalhadores considerando também o desempenho das equipes de atenção básica. Reconhece e valoriza o processo de trabalho das equipes a partir de critérios bem definidos, pactuando, por meio de instrumentos de planejamento, contratualização e avaliação de metas e resultados. A gestão promove o apoio técnico e gerencial para as equipes com desempenho insatisfatório e monitora e avalia os indicadores pactuados (BRASIL, 2012a, p. 35).*

Uma vez que se trata de um programa em nível nacional, não é de responsabilidade do Ministério da Saúde a contratação e remuneração direta de trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. Esta é uma responsabilidade dos municípios, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012e). Assim,



o mecanismo disponível é uma política de indução e estímulo, conforme se verifica nos trechos supracitados.

Se a remuneração por desempenho é apenas uma ‘oportunidade’ a ser viabilizada pelos municípios, há que se refletir sobre que mecanismos de **motivação são verificáveis para que os** trabalhadores de municípios que não adotam a remuneração por desempenho vinculada aos recursos oriundos do PMAQ-AB possam se engajar no programa.

Boa parte dos municípios, se não revertem diretamente aos trabalhadores das suas equipes de atenção básica, pelo menos, parte do componente de qualidade do PAB Variável, o fazem indiretamente com investimentos que podem significar uma melhoria das condições de trabalho.

Não se pode também descartar a potência das recompensas simbólicas. Para Lima (1996, p. 24), “a sua função é de sustentar positivamente o comportamento” e, portanto, tais recompensas têm uma importância especial para as empresas que as adotam. Podemos supor que haveria um efeito similar em sua adoção nos serviços públicos de Atenção Básica à Saúde.

A forma de concorrência estabelecida pelo PMAQ-AB não é individual, mas sim por equipes. Neste cenário, a pressão exercida pelos pares adquire as características de **cobrança pelos pares**, em que há uma cobrança mútua entre os trabalhadores, uma vez que o desempenho individual de um trabalhador pode comprometer o resultado final de toda a equipe.

Tomem-se, por exemplo, os indicadores previstos na fase de contratualização, dentro da área estratégica ‘produção geral’ (BRASIL, 2012b). Esta área comporta 12 indicadores, sendo que 4 deles são considerados indicadores de desempenho e, portanto, são utilizados no cálculo do resultado de certificação da equipe. Entre os doze indicadores, existem os que são relativos ao trabalho dos profissionais médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde.

Entretanto, dentre os quatro indicadores de desempenho, todos são relativos ao trabalho do profissional médico: (1) média de consultas médicas por habitante; (2) proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado; (3) proporção de consultas

médicas de demanda agendada; e (4) proporção de consultas médicas de demanda imediata.

Neste exemplo específico, todo o resultado da equipe nesta área estratégica depende do desempenho do profissional médico. Desta forma, toda a cobrança sobre o mau desempenho, por parte da equipe, será feita também sobre o profissional médico. Estima-se que este exemplo seja suficiente para demonstrar de que forma a cobrança pelos pares pode atuar dentro do PMAQ-AB.

## Considerações Finais

O PMAQ tem sido uma das principais políticas do atual Ministério da Saúde voltadas para a atenção básica. Os resultados encontrados nesta pesquisa, considerando-se os referenciais teóricos utilizados, nos permitem concluir que o conteúdo dos documentos oficiais do programa aponta para um modelo de gestão baseado na Avaliação do Desempenho do Trabalhador, que apresenta grande aproximação com a inversão da prescrição do trabalho, peculiar às NPRH, no âmbito da Atenção Básica no Brasil. Campos, no prefácio do livro “Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde”, afirma que

*a utilização da avaliação em políticas públicas, com a função de aproximá-las da lógica e da racionalidade do mercado, é uma escolha deliberada, iluminada por uma concepção de mundo, que vê na competição permanente entre os atores sociais, pessoas e organizações, julgados segundo a competência e o mérito, uma forma de construir-se qualidade e eficiência* (CAMPOS, 2011, p. 14).

Considera-se que esta ‘concepção de mundo’ de que nos fala Campos corresponde à visão neoliberal que, se deixou marcas profundas com o processo de privatização e reforma do Estado, também avançou extraordinariamente no campo da disputa ideológica, de forma a se tornar hegemônica em nossa sociedade atual.

Se esta pesquisa nos permite afirmar que os instrumentos de Avaliação do Desempenho do Trabalhador

do PMAQ-AB situam-se no campo da gestão do trabalho definido por Lima como Novas Políticas de Recursos Humanos, ela não nos autoriza a generalizar tal conclusão para todos os processos de avaliação relacionados às políticas públicas e ao trabalho no âmbito do serviço público de saúde.

Afirma-se a necessidade de se ter serviços públicos de saúde com qualidade e eficiência, até como forma de se fortalecer e legitimar a ‘mão esquerda’ do Estado, retomando a alegoria de Bourdieu (1998). Entende-se, contudo, que esta qualidade e eficiência não serão efetivas ao desconsiderarem o papel protagonista dos trabalhadores da saúde, até porque o encontro entre estes e os usuários, que caracteriza o trabalho real em saúde ou

o ‘trabalho vivo em ato’ (MERHY, 1997), considerando a predominância das tecnologias leves, se dá em um espaço protegido da interferência da gestão.

Reconhecer, nos trabalhadores da saúde, sujeitos portadores de necessidades, interesses e desejos próprios (CAMPOS, 2007), e conceber modos democráticos de gestão em que estes fatores possam ser negociados, levando-se em conta, também, as necessidades, interesses e desejos dos usuários do SUS e dos governos, coproduzindo arranjos singulares, parece um caminho mais promissor para alcançar a qualidade e a eficiência, ampliando a capacidade de análise e intervenção dos sujeitos envolvidos (CAMPOS, 2007). ■

## Referências

ALENCAR, B., PEREIRA, M. e RAMOS, N. *Curso de Autoaprendizado – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB)* – Apostila completa. Realização: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição e Universidade de Brasília. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download\\_file.php?fileId=149](http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=149)>. Acesso em: 09 out. 2013.

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. Campinas, SP: UNICAMP, 1995.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução Luis Alberto Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, P. N. *O consenso de Washington: a visão neoliberal dos problemas latino-americanos*. 2004. Disponível em: <[http://www.fau.usp.br/cursos/graduacao/arq\\_urbanismo/disciplinas/aup0270/4dossie/nogueira94/nog94-cons-washn.pdf](http://www.fau.usp.br/cursos/graduacao/arq_urbanismo/disciplinas/aup0270/4dossie/nogueira94/nog94-cons-washn.pdf)>. Acesso em: 18 ago. 2013.

BOURDIEU, P. *Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Tradução Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 1.654 de 19 de julho de 2011* – Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-BA, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. 2011a. Disponível em:

<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108814-1654.html>>. Acesso em: 19 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 535, de 03 de abril de 2013* – Altera a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0535\\_03\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0535_03_04_2013.html)>. Acesso em: 09 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria n. 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012*, que altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0535\\_03\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0535_03_04_2013.html)>. Acesso em: 09 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série B. Textos básicos de saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ: Manual Instrutivo)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série A. Normas e manuais técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. De-

partamento de Atenção Básica. *Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. (Série A. Normas e manuais técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Documento síntese para avaliação externa – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. (Série B. Textos básicos de saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e. (Série E. Legislação em saúde).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. *Decreto n. 7.133, de 19 de março de 2010 – Regulamenta os critérios e procedimentos gerais a serem observados para a realização das avaliações de desempenho individual e institucional e o pagamento das gratificações de desempenho de que tratam as Leis nº 9.657, de 3 de junho de 1998; nº 10.484, de 3 de julho de 2002; nº 10.550, de 13 de novembro de 2002; nº 10.551, de 13 de novembro de 2002; nº 10.682, de 28 de maio de 2003; nº 10.768, de 19 de novembro de 2003; nº 10.871, de 20 de maio de 2004; nº 10.883, de 16 de junho de 2004; nº 11.046, de 27 de dezembro de 2004; nº 11.090, de 7 de janeiro de 2005; nº 11.095, de 13 de janeiro de 2005; nº 11.156, de 29 de julho de 2005; nº 11.171, de 2 de setembro de 2005; nº 11.233, de 22 de dezembro de 2005; nº 11.344, de 8 de setembro de 2006; nº 11.355, de 19 de outubro de 2006; nº 11.356, de 19 de outubro de 2006; nº 11.357, de 19 de outubro de 2006; nº 11.784, de 22 de setembro de 2008; nº 11.890, de 24 de dezembro de 2008; e nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2007-2010/2010/Decreto/D7133.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2010/Decreto/D7133.htm)>. Acesso em: 03 out. 2013.

BRITO, J. C. Trabalho prescrito. *Dicionário da educação profissional em saúde*. FIOCRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trapre.html>>. Acesso em: 27 out. 2013.

CAMPOS, G. W. S. A política pública de saúde e a avaliação no Brasil. Prefácio. In: ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. *Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde: novas tendências e questões emergentes*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

\_\_\_\_\_. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARINHATO, P. H. Neoliberalismo, Reforma do Estado e políticas sociais nas últimas décadas do século XX no Brasil. *Revista Aurora*, ano II, n. 3, 2008. p. 37-46.

DANIELLOU, F., LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. v. 17, n. 68, 1989. p. 7-13.

FOUCAULT, M. *O nascimento da biopolítica*. Curso dado no Collège de France (1978-1979). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. *Avaliação de quarta geração*. Tradução Beth Honorato. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

LIMA, M. E. A. *Os equívocos da excelência: as novas formas de sedução na empresa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulo-03.pdf>>. Acesso em 15 set. 2013.

MÉSZÁROS, I. *O desafio e o fardo do tempo histórico*. Tradução Ana Cotrim e Vera Cotrim. São Paulo: Boitempo, 2011.

PINTO, H. A., SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS: Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 6, n. 2, supl., 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083>>. Acesso em 14 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. *Recebido para publicação em abril de 2013*

*Versão definitiva em dezembro de 2013*

*Suporte financeiro: CAPES*

*Conflito de interesse: inexistente*

# Análise da distribuição e composição profissional dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Paraná

*Family Health Support Teams distribution and professional composition in Paraná*

Alessandro Rodrigo Pedroso Tomasi<sup>1</sup>, Maria Lucia Frizon Rizzotto<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) - Cascavel (PR), Brasil. arp.tomasi@gmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) - Cascavel (PR), Brasil. frizon@terra.com.br

**RESUMO:** Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) se constituem em uma estratégia criada pelo Ministério da Saúde, em 2008, com o objetivo de modificar a lógica hegemônica de prestação do cuidado em saúde. Desde então, o Paraná, como os demais estados, vem progressivamente aderindo a esta política. Neste trabalho analisou-se a composição e a distribuição dos NASFs no estado do Paraná a partir dos dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A coleta ocorreu de maio a junho de 2012 e observou-se uma heterogeneidade na distribuição e na composição profissional das equipes, que, em grande medida, acompanha a lógica da implantação das equipes de saúde da família no estado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção básica; Serviços de saúde; Planejamento em saúde

**ABSTRACT:** *The Family Health Support Teams (FHST) are a strategy created in 2008 by Brazilian Ministry of Health, attempting to modify the hegemonic thinking in health care. Since then, Paraná State, just as the other States, is progressively using the politics. In this paper has been analyzed the FHST composition and distribution in Paraná, using the data available in National Database Health Services (NDHS). The data were collected in 2012, May and June, and has been possible to notice heterogeneity in distribution and team's composition, which follows the same thinking about family health teams in State.*

**KEYWORDS:** *Primary health care; Health services; Health planning*

## Introdução

Desde a sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem enfrentado inúmeros obstáculos para a sua consolidação. Entre eles destacam-se a manutenção do modelo curativo de atenção e a dificuldade em estabelecer uma rede regionalizada de serviços que atenda de forma integral as necessidades de saúde da população. Na última década, vários programas foram propostos com o objetivo de contribuir para transformar essa realidade, entre eles, o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, e mais recentemente, em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), além da própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006 e reeditada em 2011.

Já os NASFs se configuram como um serviço que proporciona um suporte especializado com profissionais de determinados núcleos de conhecimento, acionados de acordo com as necessidades da ESF, no sentido de aumentar a resolutividade das ações na atenção básica. Compostos por equipes multiprofissionais, devem atuar de maneira integrada no apoio às ESFs com o intuito de ampliar o escopo e a resolubilidade das ações da atenção básica. Compartilham as práticas, os saberes e o cuidado em saúde da população de um dado território, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) estão vinculados (BRASIL, 2012a).

O apoio matricial é um dispositivo que visa a assegurar a retaguarda assistencial às equipes de referência, além de suporte técnico-pedagógico. Na primeira dimensão, a atuação dos profissionais do NASF se dá por meio de ações que envolvem diretamente a assistência ao usuário a partir de atendimentos conjuntos com as equipes de referência, sendo estas arranjos que permitem a mudança de foco na atenção individualizada, transferindo-o para as equipes que realizam o acompanhamento longitudinal das famílias/casos sob sua responsabilidade. Na segunda dimensão, a atuação é no sentido de instituir um processo de educação permanente junto às equipes que recebem o apoio. Essas duas dimensões, a assistencial e a técnico-pedagógica, devem se dar de forma articulada e permanente, constituindo-se em uma nova proposta

de organização dos serviços de saúde na atenção básica materializada nos NASFs (BRASIL, 2004; 2009; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Para Cunha e Campos (2011), o apoio matricial deve ocorrer junto às equipes de referência e operar a partir da discussão dos núcleos e campos de saberes, ou seja, profissionais com determinado núcleo de conhecimento realizam o suporte para outros profissionais, com outros núcleos de conhecimento. Campos, Chakour e Santos (1997) afirmam que os conceitos de campo (saberes mais gerais) e núcleo (saberes mais específicos) são importantes para a realização do trabalho matricial, na medida em que ajudam a esclarecer e delimitar as atividades privativas de cada profissional que compõe a equipe de saúde e aquelas que podem ser compartilhadas com outros profissionais.

Esta conformação da atenção pauta-se no fortalecimento do vínculo equipe de saúde/usuário, na medida em que as ações em saúde são pactuadas entre estes dois atores. Desse diálogo pode-se elaborar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), dispositivo utilizado pela equipe de saúde na cogestão e coprodução de sujeitos singulares, desenvolvido de forma conjunta pela equipe e usuário/família, a partir das potencialidades e recursos disponíveis na localidade e no serviço de saúde. Esta proposta visa a contribuir para superar a lógica vigente no SUS de um sistema hierarquizado, que utiliza mecanismos de referência e contrarreferência, e de centrais de regulação (CAMPOS, 1999; CAMPOS; DOMITTI, 2007; OLIVEIRA, 2010; CUNHA; CAMPOS, 2011).

O Paraná, em 2012, contava com 1.819 ESFs e apenas 68 NASFs implantados, o que significa que grande parte das ESFs existentes no estado estava sem apoio. Conhecer a composição e a distribuição dos NASFs no Paraná foi o objetivo central deste trabalho, cujos resultados apontaram territórios com maior concentração e aqueles com vazios assistenciais. Trata-se de uma pesquisa documental, realizada a partir de dados disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), coletados durante os meses de maio e junho de 2012.

Os dados foram relativos à quantidade de núcleos em todo o estado do Paraná e em relação à composição profissional das equipes. Das equipes NASFs, os dados

foram tabulados em planilha eletrônica e a distribuição foi disposta em um mapa. Em relação à composição profissional, foi realizado um mapeamento dos profissionais que compunham as equipes NASF no período da coleta, sendo realizada análise descritiva dos dados.

## Criação e funcionamento dos NASFs

Os NASFs foram criados pela Portaria nº 154/08. Em 2011, os núcleos foram incluídos na Política Nacional de Atenção Básica, por meio da Portaria nº 2.488/11 e, em 2012, tiveram seus parâmetros de vinculação quantitativos e qualitativos em relação às ESFs alterados, por meio da Portaria nº 3.124/12, além da criação da modalidade NASF III (BRASIL, 2008; 2011a; 2012).

Desta forma o NASF tipo I deve ser composto por profissionais que tenham o somatório de carga horária de, no mínimo, 200 horas, sendo as ocupações com carga horária entre 20h/semanais e 80h/semanais, isoladamente. Os NASF tipo II devem estar vinculados de três a quatro ESFs, com acúmulo de carga horária em 120h/semanais e com cada ocupação isoladamente somando de 20 a 40 horas de carga horária semanal. Por fim, o NASF tipo III deve estar vinculado de uma a duas equipes de saúde da família, com o somatório de carga horária dos membros da equipe de, no mínimo, 80h/semanais. Isoladamente, as ocupações devem respeitar um encargo semanal de 20 a 40 horas semanais, assim como no NASF tipo II (BRASIL, 2012c).

O NASF não é caracterizado como um serviço de livre acesso à população. Os profissionais desses núcleos podem realizar atendimentos individuais e coletivos, de forma pontual, desde que a demanda seja regulada pela ESF. Além disso, os atendimentos devem ser decididos em conjunto com a equipe de referência e outras redes, como a assistência social e outros recursos da comunidade, como associação de moradores, igrejas e escolas (BRASIL, 2011a).

Concebido dentro de um modelo assistencial que preconiza não somente outra forma de atenção à saúde, mas a reorganização de todo o processo de trabalho, além de beneficiar o usuário - na medida em que coloca este como o objeto de intervenção, diferentemente

do que se realiza no modelo hegemônico que utiliza como objeto de intervenção essencialmente a doença -, beneficia também os profissionais de saúde que atuam nos serviços. Isso porque coloca o profissional como mais um dos atores na construção da intervenção e não como o único ou principal. Nesse diálogo/interação entre trabalhador e usuário ambos contribuem e assumem responsabilidades na condução do processo terapêutico e na própria forma de intervir no processo saúde-doença.

O processo de criação de NASF é de iniciativa do gestor municipal. Devem ser identificadas as principais demandas de saúde da região na qual o(s) núcleo(s) será(ão) implantado(s) e considerada a disponibilidade de profissionais na região/município. O projeto de implantação deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e ser enviado à Secretaria Estadual de Saúde que, no prazo máximo de 30 dias, encaminha para análise da Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Em não havendo resposta dentro do prazo estipulado, o município pode encaminhar a solicitação de implantação do NASF diretamente ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

Para aprovação do projeto devem constar as informações de infraestrutura disponível para o funcionamento e os profissionais que comporão os núcleos, bem como a forma de contratação e as atividades que serão realizadas. Nos anexos da Portaria nº154/2008 existem modelos que podem ser seguidos pelos gestores, na elaboração do projeto para criação do serviço.

## Distribuição dos NASFs no Paraná

O Paraná, um dos três estados que compõem a região Sul do Brasil, possui 399 municípios e população de 10.444.526 habitantes (IBGE, 2010). Está subdividido em 22 Regionais de Saúde (RS) compondo quatro Macrorregiões de Saúde (MR): leste, oeste, noroeste e norte (PARANÁ, 2012).

Entre maio e junho de 2012, período da coleta de dados, estavam cadastrados no CNES 1.533 serviços de atenção básica, compostos por centros de saúde, unidades básicas de saúde, postos de saúde, núcleo integrado de saúde, centro de apoio à saúde da família, centro



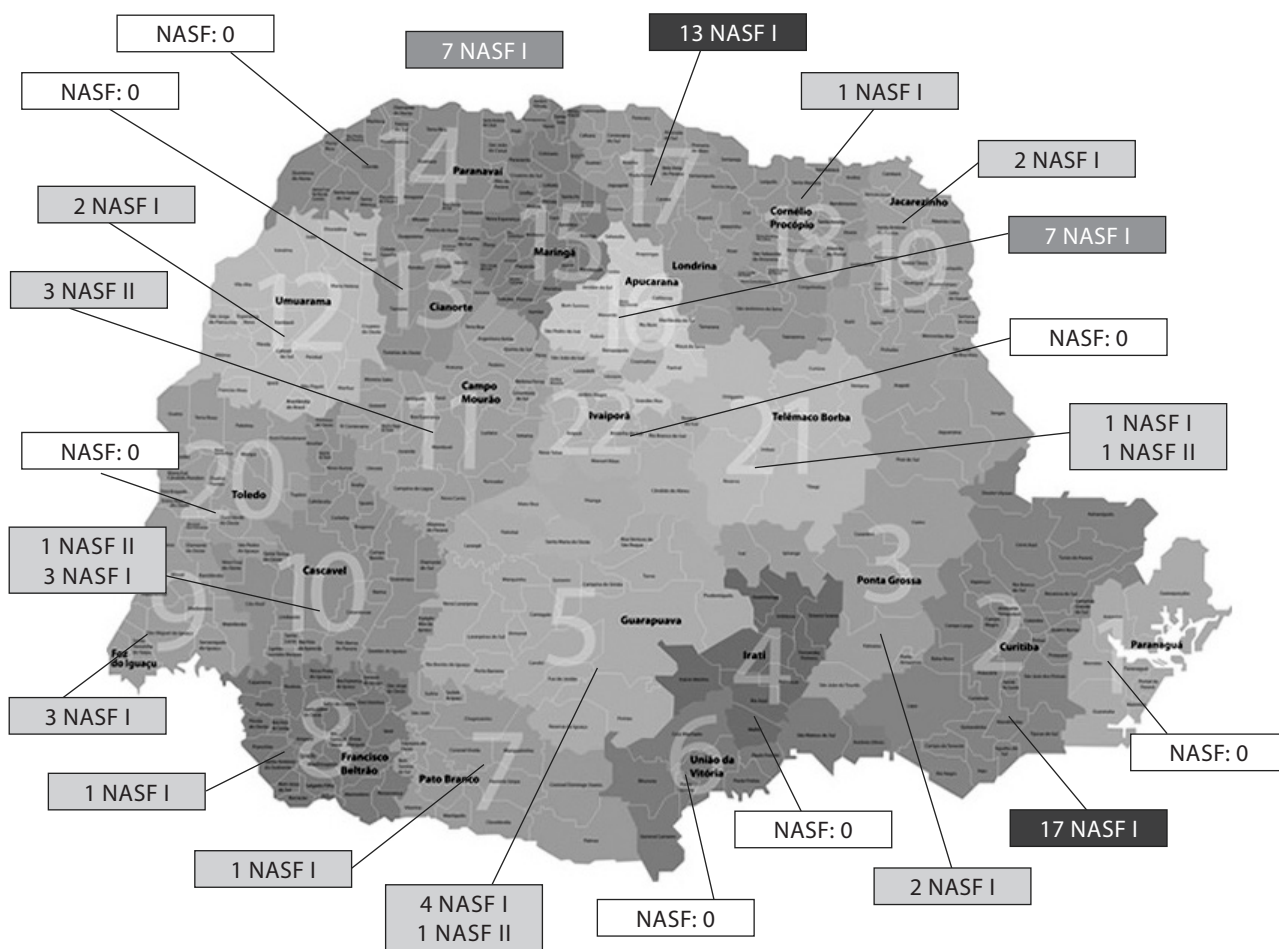
social e pronto atendimento municipal. Nestes serviços, atuavam 2.019 equipes sendo 1.819 ESF, considerando todas as modalidades de ESF propostas pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 703/11, 132 equipes que atuam especificamente em atenção domiciliar, consultório de rua, multiprofissional de atenção primária, ribeirinha e/ou indígena e 68 equipes NASF.

Segundo dados recentes da Secretaria Estadual de Saúde (PARANÁ, 2013), a cobertura do estado com a estratégia saúde da família é de 54,5%. No entanto, apenas 45% dos municípios alcançam 90% ou mais de cobertura com esta estratégia. Em geral são municípios

de pequeno porte, ou seja, aqueles em que uma ou duas ESF fazem a cobertura de 100% da população. Isto significa que uma grande parte da população do Estado não está coberta com a estratégia saúde da família e menos ainda com NASFs, já que até o momento do estudo a implantação destes está vinculada a existência de ESF.

De acordo com dados do CNES em junho de 2012, dos 399 municípios do estado apenas 31 (7,7%) possuía NASF implantado. Considerando a organização administrativa da saúde no estado do Paraná, por meio de regionais de saúde, dentre as 22 regionais existentes, sete (31,8%) não possuíam nenhum NASF

Figura 1. Número de NASF no Paraná por tipo e regional de saúde. PARANÁ, 2012



Fonte: CNES, 2012

implantado nos municípios de sua área de abrangência, 11 (50%) apresentaram entre um e cinco NASF, duas (9,1%) possuíam entre seis e 10 NASF e, em outras duas regionais (9,1%) havia mais de 10 NASF implantado em diferentes municípios de sua área de abrangência (Figura 1).

Conforme se observa na Figura 1 os NASFs estão mais concentrados nas macrorregiões norte e leste do estado, ou seja, nas regionais de Curitiba (2<sup>a</sup>), Maringá (15<sup>a</sup>), Apucarana (16<sup>a</sup>) e Londrina (17<sup>a</sup>). Isso evidencia uma heterogeneidade no âmbito do estado no que se refere ao esforço em provocar mudanças no modelo assistencial e, conseqüentemente, na transformação da atenção básica em ordenadora da rede de atenção à saúde.

Quanto aos tipos de NASF, apenas nas seguintes regionais de saúde haviam NASF do tipo II: 5<sup>a</sup> (Guarapuava), 10<sup>a</sup> (Cascavel), 11<sup>a</sup> (Campo Mourão), 18<sup>a</sup> (Cornélio Procopio) e 21<sup>a</sup> (Telêmaco Borba), ou seja, núcleos com equipes menores, com, no mínimo, três profissionais. Nas demais regionais, os NASFs eram do tipo I, com, no mínimo, cinco profissionais compondo a equipe.

As razões para as disparidades macrorregionais observadas podem ser inúmeras, tanto de ordem local/micro como mais gerais. Entre as razões locais que podem contribuir para acelerar ou retardar o processo de mudança, destacam-se a gestão municipal, o preparo da equipe técnica, o exercício do controle social, o tamanho e a localização dos municípios, o desenvolvimento econômico e social, a distância/proximidade com centros urbanos, o acúmulo histórico e a própria trajetória do setor saúde do município.

Além desses possíveis fatores internos aos municípios, neste trabalho interessa destacar um aspecto mais geral, que é o papel do governo estadual no planejamento e na organização da assistência no território estadual. Aqui, assumem papel de destaque as regionais de saúde, que se constituem na representação do governo estadual em nível regional, com a responsabilidade de auxiliar, apoiar e induzir a adoção de políticas de saúde pelos municípios e monitorar a sua execução/implementação.

A questão que permanece em aberto é o peso que cada um desses fatores pode ter na organização e na oferta de serviços de saúde nas diferentes regiões do

estado. Mas, pelo poder técnico e político que possui, não se pode desresponsabilizar as regionais de saúde por certo fracasso observado em algumas regiões do estado no que diz respeito à cobertura da população com ESF e à implantação de NASFS vinculados a estas equipes, que têm como objetivo aumentar a resolutividade da atenção básica e provocar mudanças do modelo de atenção à saúde.

Para Molini-Avejonas, Mendes e Amato (2010), os NASFs podem ajudar a ampliar o escopo de ações das ESF, ampliar as práticas integrativas e complementares, e oferecer a melhor tecnologia para a prevenção/tratamento de grande parte das doenças crônicas. Os mesmos autores sinalizam que a criação do NASF teve, além de outros, o objetivo de fortalecer a atenção básica como porta de entrada do SUS, diminuindo a procura direta por serviços de especialidades.

Os NASFs podem também contribuir com a operacionalização da legislação que regulamenta a atenção básica, tornando este nível de atenção mais resolutivo e ajudando a consolidar o SUS, pois a manutenção do modelo tradicional, ambulatorial, fragiliza o nível primário de atenção. Apesar de que a implantação de NASFs, sem a devida atenção para os pressupostos que orientam essa proposta, pode apenas aumentar a demanda por serviços especializados, fazendo deles um mecanismo de acesso a um atendimento especializado.

## Composição das equipes dos NASFs no estado do Paraná

Nas 68 equipes do estado, em junho de 2012, atuavam 384 profissionais, sendo 87 (22,65%) fisioterapeutas, 67 (17,44%) psicólogos, 62 (16,14%) nutricionistas, 54 (14,84%) educadores físicos, 43 (11,19%) farmacêuticos, 30 (7,81%) assistentes sociais, 15 (3,9%) fonoaudiólogos, 10 (2,6%) ginecologistas, 9 (2,34%) pediatras, 3 (0,79%) terapeutas ocupacionais, 2 (0,52%) psiquiatras e 2 (0,52%) clínicos gerais.

Ao se comparar os profissionais que podem compor as equipes NASF, indicados na Portaria Ministerial nº 2.488/11, com os profissionais que compunham as equipes no Paraná, observou-se que das 19 ocupações

que podem atuar nos núcleos, 12 estão contempladas. Não se encontrou, entre as equipes, médico acupunturista e médico homeopata.

Ainda de acordo com a Portaria nº 2.488/11, o gestor municipal é quem determina a composição dos núcleos, com base nas necessidades locais e na disponibilidade de profissionais. É possível afirmar que, na composição das equipes dos NASFs do Paraná, privilegiou-se o segundo critério – a disponibilidade de profissionais no mercado –, pois, em municípios com vários núcleos, a composição das equipes é idêntica em todos eles, ou seja, não foram levadas em consideração as necessidades locais de saúde.

Exemplo de composição de equipes a partir da 'oferta de profissionais' pode ser evidenciado com os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. De acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), no Brasil, existem 166.265 fisioterapeutas e apenas 14.182 terapeutas ocupacionais. Como mostrado acima, 22,65% dos profissionais que compõem as equipes dos NASFs no Paraná são fisioterapeutas e apenas 0,79% são terapeutas ocupacionais. Especificamente no estado, outra explicação para a diferença substancial entre estes profissionais é o número de instituições de ensino que ofertam estes cursos. Em relação às faculdades de Fisioterapia, o Paraná possui atualmente 28 escolas e apenas 1 faculdade de terapia ocupacional (CREFITO 8, s/d).

Formiga e Ribeiro (2012) ressaltam que a inserção do fisioterapeuta nos NASFs é uma primeira aproximação desse profissional com a atenção básica, já que a formação profissional está mais direcionada para as práticas de reabilitação, no nível terciário de atenção, e, em geral, em serviços de natureza privada. A formação é um fator que pode dificultar a operacionalização do trabalho nos NASFs, exigindo um preparo prévio dos profissionais para que, de fato, se operem mudanças nas práticas assistenciais.

No caso da terapia ocupacional, anteriormente ao NASF, este profissional era incluído no SUS por meio das equipes dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), um serviço de especialidade, desenvolvendo procedimentos mais individualizados (ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012).

O argumento da baixa oferta de profissionais não pode ser aplicado a outros profissionais, como, por exemplo, aos médicos pediatras. Segundo declarações do presidente do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), não há falta de pediatras, mas uma má distribuição destes especialistas. Complementando, o presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) afirma que a rede pública de saúde não proporciona incentivos à permanência destes profissionais, principalmente em face dos baixos salários (MIRANDA, 2011).

Recentemente, o Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou um boletim com os resultados da pesquisa demográfica médica no Brasil, apontando a pediatria como a especialidade mais procurada para formação (CFM, 2013).

Em relação ao Paraná, Bonamigo (2011) concluiu que não há falta de médicos, e sim, a má distribuição destes profissionais, que, por melhores condições de trabalho e salário, optam, na maioria das vezes, por permanecerem nos grandes centros ou próximos destes.

No intuito de solucionar a questão da falta de profissionais de saúde em regiões mais carentes (principalmente, a questão de médicos e enfermeiros), em 2001, o Ministério da Saúde publicou o Decreto nº 3475/01, implementando o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. No texto legal são preconizados esforços no sentido de ampliar a cobertura de serviços do SUS, principalmente na atenção básica, além de este se constituir como mais uma tentativa de lidar com a atenção básica como ordenadora da rede de serviços e, ainda, como uma forma de fortalecer as ações do PSF em regiões carentes de profissionais (BRASIL, 2001).

Paim (2004) afirma que, mesmo com este programa, a questão da assistência à saúde não sofreu grandes alterações, embora considere esta ação como um passo importante para a consolidação do SUS. Recentemente, em 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.087/11, instituindo o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Este programa tem como objetivo central criar cursos de especialização em saúde da família e melhorar as condições de trabalho para médicos, enfermeiros e dentistas, visando à valorização e

ao aperfeiçoamento destes profissionais para atuação no contexto da atenção básica (BRASIL, 2011b).

A quantidade de nutricionistas nos NASFs do Paraná pode ser explicada, em parte, pela inclusão, na agenda de prioridades do governo federal, a partir de 1999, da implantação de uma política que abordasse os problemas nutricionais do País. Naquela oportunidade foi elaborada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BARROS; TARTAGLIA, 2003). Em 2012, o Ministério da Saúde reeditou a PNAN, já levando em consideração a existência dos NASFs.

O texto da política indica nove diretrizes de ação neste campo: organização da atenção nutricional; promoção da alimentação adequada e saudável; vigilância alimentar e nutricional; gestão das ações de alimentação e nutrição; participação e controle social; qualificação da força de trabalho; controle e regulação dos alimentos; pesquisa, inovação e conhecimento em alimentação e nutrição; e cooperação e articulação para a segurança alimentar e nutricional (BRASIL, 2012b).

A política indica que as ações de alimentação e nutrição devem ocorrer no âmbito da atenção básica, mas considera a importância da articulação com os demais níveis de atenção do sistema (BRASIL, 2012b). Desta forma, é possível relacionar a quantidade de nutricionistas nos NASFs com as prioridades da agenda governamental, no que se refere a esta temática em específico. Ainda, a diretriz de qualificação da força de trabalho em saúde indica ações de educação permanente, papel fundamental a ser desenvolvido pelos profissionais dos NASFs em suas ações com a equipe de referência.

Vale ressaltar, ainda, que a implantação de ações na área de alimentação e nutrição garante incentivos financeiros do governo federal, conforme previsto no texto da PNAN (BRASIL, 2012b).

No caso do psicólogo, Böing e Cepaldi (2010) afirmam que este profissional é incluído no SUS via serviços que prestam atendimentos especializados. Apontam também, neste estudo, que o próprio apoio matricial, da forma como vem ocorrendo, pode ser caracterizado como um serviço de especialidade, devido à organização do processo de trabalho das equipes.

No caderno de diretrizes do NASF, a descrição das ações sinaliza a atuação de cada profissional em

determinadas áreas específicas. Desta forma, os profissionais da área de saúde mental, psicólogos e médicos psiquiatras, por exemplo, são os responsáveis por executar ações de matriciamento em saúde mental, fisioterapeutas atuam mais voltados à reabilitação e farmacêuticos, na assistência farmacêutica.

Em relação aos profissionais médicos homeopatas e médicos acupunturistas, uma explicação para o fato de nenhum destes ser incorporados às equipes NASF no estado pode ser no sentido de que ainda há resistência, tanto da população quanto do serviço público, em introduzir práticas de medicina alternativa e tradicional chinesa nos serviços de atenção básica.

## Considerações finais

Os NASFs, dispositivos que podem contribuir para modificar as formas de se fazer saúde, vêm ganhando certo espaço no cenário da saúde no Paraná. No entanto, ainda há desigualdade na sua distribuição e composição profissional, com privilégio para os centros urbanos. Este ponto pode estar indicando manutenção de práticas hegemônicas, na medida em que se aumenta a quantidade de profissionais especialistas nos serviços de atenção básica.

Assim, atribui-se a heterogeneidade de distribuição ao planejamento tanto no nível macro quanto no micro/local, o que acompanha, de certa forma, a lógica hegemônica da saúde ainda vigente no estado: maior concentração de equipes NASF nos grandes centros urbanos, ou em regiões próximas a estes.

Neste sentido, observa-se que a implantação de núcleos nos diferentes municípios das regionais provavelmente não vem ocorrendo no sentido de alterar as práticas em saúde, mas sim, no interesse em aumentar a quantidade de recursos financeiros que são destinados aos municípios.

Por outro lado, a implantação de NASFs pelas gestões municipais pode sinalizar um esforço em gerar mudanças visando a aumentar os níveis de saúde da população, tendo em vista que os núcleos possuem sua concepção a partir de um referencial distinto do modelo hegemônico de fazer saúde. No entanto, aparentemente, há questões não pendentes em relação ao planejamento

em saúde, papel exercido tanto pelas gestões municipais quanto pelas regionais de saúde. Neste ponto, consideramos que ainda há questões que precisam necessariamente ser debatidas, no sentido de não tornar os NASFs mais uma fonte de arrecadação de recursos financeiros, e sim, uma ferramenta que pode contribuir concretamente para a mudança dos modos de se fazer saúde.

É certo que apenas a implantação de NASFs não é garantia de melhoria nos níveis de saúde da população, uma vez que se sabe que os fatores determinantes da saúde passam por questões de acesso aos bens e serviços, trabalho, renda, educação e segurança, além de outros.

Da mesma forma, observa-se que a questão da composição profissional dos núcleos segue, aparentemente,

a oferta dos profissionais nos municípios, sem necessariamente a observância das necessidades de saúde das regiões nas quais os NASFs foram implantados. Este ponto é importante, pois apenas a realocação ou a contratação de profissionais disponíveis no mercado não garante, necessariamente, o atendimento das necessidades de saúde da população.

Considera-se, da mesma forma, que seria necessária a ampliação dos debates sobre o 'como' vem se fazendo saúde naquelas localidades, a partir do aprofundamento de discussões sobre campo e núcleo de conhecimentos, reorganização do processo de trabalho em saúde, a alteração da lógica hegemônica, de forma a construir novas práticas em saúde, efetivamente resolutivas. ■

## Referências

BARROS, M. S. C.; TARTAGLIA, J. C. A política de alimentação e nutrição do Brasil: breve histórico, avaliação e perspectivas. *Alimentação e Nutrição*. Araraquara, v. 14, n. 1, p. 109-121, 2003. Disponível em: <<http://serv-bib.fcfa.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/viewFile/847/726>>. Acesso em 17 abr. 2013.

BÖING, E.; CREPALDI, M. A. O psicólogo na atenção básica uma incursão pelas políticas de saúde brasileiras. *Psicologia Ciência e Profissão*. Brasília, v. 30, n. 3, p. 634-649, 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932010000300014](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300014)>. Acesso em 18 abr. 2013.

BONAMIGO, T. P. Excesso de médicos na região sul do Brasil. *Revista da AMRIGS*. Porto Alegre, v. 55, n. 2, 2011. Disponível em: <[http://www.amrigs.com.br/revista/55-02/016-PG\\_160-163\\_802\\_excesso%20de%20medicos...pdf](http://www.amrigs.com.br/revista/55-02/016-PG_160-163_802_excesso%20de%20medicos...pdf)>. Acesso em 15 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. *Decreto nº 3.475 de 05 de fevereiro de 2001*. Institui o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2001/D3745.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3745.htm)>. Acesso em 17 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial*. Série B Textos Básicos de Saúde. Brasília, 16p., 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe\\_referencia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf)>. Acesso em 03 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF*. Série A.

Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 27. Brasília, 2009, 160p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)>. Acesso em 23 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011*. Brasília, 2011a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em 17 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria interministerial nº 2.087 de 1º de setembro de 2011*. Brasília, 2011b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087\\_01\\_09\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html)>. Acesso em 1 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ/Ministério da Saúde*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2012a, 134p. série B – Textos básicos de saúde. Disponível em: <<http://accesspmf.blogspot.com.br/2012/03/autoavaliacao-para-melhoria-do-acesso-e.html>>. Acesso em 18 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília, 2012b, 84p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>. Acesso em 23 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. *Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008*. Brasília, 2008.



Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154\\_04\\_03\\_08\\_re.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf)>. Acesso em 25 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 3.124 de 28 de dezembro de 2012*. Brasília, 2012c. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm.../2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm.../2012/prt3124_28_12_2012.html)>. Acesso em 15 dez. 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*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>>. Acesso em 05 jul. 2012.

\_\_\_\_\_. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230. 2000. Disponível em: <[http://www.gastaowagner.com.br/index.php/component/docman/cat\\_view/1-artigos?Itemid=>](http://www.gastaowagner.com.br/index.php/component/docman/cat_view/1-artigos?Itemid=>)>. Acesso em 17 ago. 2012.

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997. Disponível em: <[http://www.gastaowagner.com.br/index.php/component/docman/cat\\_view/1-artigos?start=20](http://www.gastaowagner.com.br/index.php/component/docman/cat_view/1-artigos?start=20)>. Acesso em 17 ago. 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*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em 05 jul. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Sete especialidades concentram mais da metade dos médicos brasileiros*. 2013. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23589:sete-especialidades-concentram-mais-da-metade-dos-medicos-brasileiros&catid=3:portal](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23589:sete-especialidades-concentram-mais-da-metade-dos-medicos-brasileiros&catid=3:portal)>. Acesso em 15 abr. 2013.

COSTA, L. R. *et al.* Distribuição de fisioterapeutas entre estabelecimentos públicos e privados nos diferentes níveis de complexidade de atenção à saúde. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. São Carlos, v. 16, n. 5, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552012000500002&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552012000500002&script=sci_arttext&lng=pt)>. Acesso em 15 abr. 2013.

CREFITO 8. Instituições de ensino de fisioterapia e terapia ocupacional. s/d. Disponível em: <<http://www.crefito8.org.br/site/index.php>>. Acesso em 15 abr. 2013.

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

970, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000400013&script=sci_arttext)>. Acesso em 20 ago. 2012.

FORMIGA, N. F. B., RIBEIRO, K. S. Q. S. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 16, n. 2, p. 113-122, 2012. Disponível em: <<http://www.biblionline.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/10639/7300>>. Acesso em 15 abr. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pr>>. Acesso em 17 jan. 2013.

MIRANDA, G. Censo indica que 55% dos médicos são especialistas. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 2 dez. 2011. Disponível em: <[http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=52&id\\_detalle=4061&tipo\\_detalle=S](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=52&id_detalle=4061&tipo_detalle=S)>. Acesso em 15 abr. 2013.

MOLINI-AVEJONAS, D. R.; MENDES, V. L. S.; AMATO, C. A. H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 465-474, 2010.

OLIVEIRA, G. N. O Projeto Terapêutico Singular. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (orgs.). *Manual de práticas de atenção básica saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2010.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil: contribuição para a agenda de prioridades de pesquisa*. 306p. 2004. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/saudenobrasil/snbcapp2004.pdf#page=15>>. Acesso em 17 abr. 2013. (Textos Básicos de Saúde, Série B).

PARANÁ. REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, 5. 2012, Curitiba. Disponível em: <[http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/ATA/ATA\\_5\\_RO\\_23\\_08\\_2012.pdf](http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/ATA/ATA_5_RO_23_08_2012.pdf)>. Ata eletrônica. Acesso em 17 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde. Paraná – 2012-2015. Curitiba, 2013. Disponível em: <[http://www.sau.gov.br/arquivos/File/plano\\_estadual\\_sau-de\\_1104.pdf](http://www.sau.gov.br/arquivos/File/plano_estadual_sau-de_1104.pdf)>. Acesso em 14 jun. 2013.

ROCHA, E. F.; PAIVA, L. F. A.; OLIVEIRA, R. H. Terapia ocupacional na atenção primária à saúde: atribuições, ações e tecnologias. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*. São Carlos, v. 20, n. 3, p. 351-361, 2012. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/679/393>>. Acesso em 18 abr. 2013.



SILVA, D. J.; DA ROS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1673-1681, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n6/v12n6a26.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

---

*Recebido para publicação em outubro de 2013*

*Versão definitiva em dezembro de 2013*

*Suporte financeiro: não houve*

*Conflito de interesse: inexistente*

# Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde

*Knowledge of users, workers and managers about Health Councils and councilors*

Camila Sartori Martins<sup>1</sup>; Michele Thaís Sartori<sup>2</sup>; Helena Luiza Douat Dietrich<sup>3</sup>; Fabiane Barbero Klem<sup>4</sup>; Camilo Dallagnol<sup>5</sup>; Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque<sup>6</sup>; Paulo de Oliveira Perna<sup>7</sup>; Samya Mehanna<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR). pinkmila@gmail.com.

<sup>2</sup>Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR). michelisarts@yahoo.com.br

<sup>3</sup>Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR). helena.dietrich@yahoo.com.br

<sup>4</sup>Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR). fabianeklem@gmail.com

<sup>5</sup>Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR). c\_dallagnol@hotmail.com.

<sup>6</sup>Doutor em Educação pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR). Professor do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR). guilherme.albuquerque@ufpr.br

<sup>7</sup>Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. Professor do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR). perna@ufpr.br

<sup>8</sup>Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR). samya1988@yahoo.com.br.

**RESUMO:** A criação de um espaço democrático de participação na condução do Sistema Único de Saúde (SUS) constituiu indubitável conquista dos brasileiros. O pleno exercício deste direito implica, no entanto, no conhecimento do próprio direito, dos espaços e dos mecanismos de participação, que permitam uma ação autônoma. No presente trabalho avalia-se o grau de conhecimento nos diversos segmentos sociais acerca da questão. Foram entrevistados usuários e trabalhadores do SUS, além de membros dos Conselhos de Saúde. Os resultados demonstram grande desinformação dos usuários, dos novos conselheiros e da maioria dos trabalhadores, em contraste com os gestores e os conselheiros com mais tempo no cargo

**PALAVRAS-CHAVE:** Controle Social; Conselho de Saúde; Conselheiros de Saúde; SUS; Participação Social.

**ABSTRACT:** *The creation of a democratic space for participation in the conduction of the Sistema Único de Saúde (SUS) – Brazilian Public Health Care System – was undoubtedly an achievement for Brazilians. Full exercise of this right implies, however, knowledge of the right itself, spaces and mechanisms for participation, allowing for autonomous action. The present study evaluates the degree of knowledge in the various social segments on this issue. Users and workers of SUS health care units were interviewed as well as members of Health Councils. Results show misinformation from most councilors and health workers when compared to managers and advisors who have worked longer in their positions*

**KEYWORDS:** Social Control; Health Councils; Councilors; SUS; Social Participation.

## 1. Introdução

Em uma sociedade de classes, a ação do Estado, agente de reprodução e controle segundo os interesses da classe dominante (ALTHUSSER, 1999), é resultante das tensões que os interesses das diversas classes exercem sobre ele. Em seu papel de preservar a hegemonia, o Estado responde aos interesses populares nas situações que coincidem com os interesses das classes dominantes, ou diante da necessidade de ceder aos anseios das classes subalternas, visando manter a aceitação da ordem estabelecida. É nesses espaços de contradição que os avanços reformistas – ou seja, não revolucionários – das conquistas populares podem ocorrer. Assim, no movimento de reforma do Estado brasileiro, formalizado pela Constituição de 1988, espaços institucionalizados de disputa dos interesses dos diversos segmentos da sociedade foram estabelecidos, constituindo, apesar das limitações citadas, inegável avanço em relação ao Estado ditatorial militar.

O estabelecimento de um espaço de participação popular se deu no âmbito da saúde, no Brasil, desde a década de 1950, com a representação da sociedade civil no Conselho Nacional de Saúde. Na década de 1980, porém, no bojo da luta pela redemocratização do País, a participação avançou significativamente através da ação de movimentos sociais, que se desenvolviam em várias frentes de luta, culminando com avanços na formulação da nova constituição.

Com a Constituinte, a participação popular na elaboração, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas ganha institucionalidade, já que a Carta prevê a criação de instâncias específicas com este fim, obrigatórias no caso de setores onde existem fundos a serem geridos, como saúde e educação (MATEOS, 2011).

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, estabeleceu, no inciso III, do artigo 198, seção II (DA SAÚDE), a ‘participação da comunidade’ como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Em nosso país criaram-se, a partir de então, Conselhos e Conferências de Saúde como espaços privilegiados de proposição e controle das ações do setor. Os movimentos sociais, cuja ação esteve represada durante os longos anos da ditadura militar, passaram, a partir de

então, a encontrar um espaço de manifestação, mesmo que dentro dos limites do Estado.

A participação popular na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas vem tomando uma dimensão sem precedentes, possibilitando, de alguma forma, o aumento da eficácia e abrangência das ações públicas, assim como da capacidade de formulação dos movimentos sociais (MATEOS, 2011).

No âmbito da Saúde, a regulamentação específica destes espaços se deu com a Lei nº 8142, de 1990, que legitimou a atuação dos conselhos na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Segundo a referida lei:

*§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990).*

Dentro do processo de descentralização da saúde, a criação dos Conselhos de Saúde passou a ser uma exigência para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais. Diante disso, criaram-se muitos conselhos como mera formalidade para viabilizar o recebimento dos recursos. Estes conselhos, forjados pelo Estado, caracterizam-se majoritariamente pela manipulação de sua composição, ingerência dos gestores e atuação inexpressiva no sentido de aprovar documentos para repasse de recursos (SPOSATI; LOBO, 1992). Assim, apesar de ter sido formada uma extensa rede de Conselhos de Saúde, essa não propiciou participação efetiva dos diversos segmentos sociais. Logo, o ganho quantitativo não foi acompanhado por uma melhora qualitativa na participação popular na saúde. Diversos autores que avaliam o desempenho e o papel real exercido pelos Conselhos de Saúde, desta forma (SPOSATI; LOBO,

1992; ABRASCO, 1993; COHN; ELIAS; JACOBI, 1993; CARVALHO, 1995; ANDRADE, 1996; VIANA, 1998; CARNEIRO, 2002; MÜLLER NETO *et al.*, 2006), acreditam que esses órgãos influenciam minimamente a incorporação das demandas das parcelas não hegemônicas da sociedade às políticas de saúde. Para eles, essa situação decorre principalmente da tradição autoritária do Estado brasileiro, o que, frequentemente, dificulta o reconhecimento e o respeito ao direito dos cidadãos; da fragilidade da vida associativa; e da própria resistência ou dificuldade dos atores sociais em participar de arenas de discussão (SPOSATI; LOBO, 1992; ABRASCO, 1993; COHN; ELIAS; JACOBI, 1993; CARVALHO, 1995; ANDRADE, 1996; VIANA, 1998; CARNEIRO, 2002). Dentro dos conselhos, os próprios representantes dos segmentos dos usuários e dos trabalhadores, destituídos de tantos recursos quanto os que têm os representantes das classes hegemônicas, cumprem, em sua maioria, papel meramente formal.

Crucial, no entanto, na determinação da participação social é a questão da formação do conselheiro, no sentido de provê-lo das informações necessárias para uma intervenção qualificada na construção de um posicionamento que represente os anseios do segmento que ele representa e na defesa do mesmo. Nesse sentido, diversas iniciativas têm ocorrido, em várias regiões do País, visando a formação de conselheiros de saúde, através de cursos, oficinas, encontros promovidos – seja pela instância municipal, estadual ou federal do SUS, seja pelas universidades ou pela iniciativa dos próprios Conselhos –, induzidos pelo Conselho Nacional de Saúde com sua deliberação sobre a educação continuada dos conselheiros.

Apesar desse processo de formação, as demandas das conferências de saúde não têm sido satisfatoriamente inseridas na agenda de prioridades dos governos municipais (MÜLLER NETO *et al.*, 2006) e, de acordo com pesquisa realizada no Rio de Janeiro, grande parte dos conselheiros desconhece seu papel, o que os torna facilmente manipuláveis (GERSCHMANN, 2004).

Originado pela necessidade de obter dados e informações que subsidiem ações para superar alguns destes entraves, o presente estudo visa aferir o grau de conhecimento dos usuários, trabalhadores e gestores de saúde, bem como dos representantes desses segmentos

no Conselho Municipal de Saúde do Município de Colombo, localizado no Estado do Paraná.

## 2. Método

Realizou-se um estudo transversal, a partir de entrevista semiestruturada, aplicada a usuários e trabalhadores de Unidades de Saúde (US) e conselheiros do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Os entrevistados assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo suas respostas gravadas, transcritas e posteriormente desgravadas.

A pesquisa foi realizada em 4 das 21 US de Colombo, escolhidas por constituírem campo de estágio e extensão para os estudantes da instituição de ensino superior envolvida.

Os participantes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios: ser usuário ou trabalhador de US e estar presente no horário de atendimento das mesmas, durante o período de realização da pesquisa; ser gestor público de saúde do município; ou ser membro dos Conselhos Locais de Saúde ou do CMS. O critério de exclusão foi a recusa do sujeito em participar da pesquisa.

Na amostra inicial foram incluídos todos os trabalhadores de saúde das 4 US, de um total de 144 (36, em média, por US); 120 usuários, distribuídos igualmente entre as 4 US; 10 membros dos Conselhos Locais, existentes em apenas 2 US; 10 membros do CMS; e 10 gestores de saúde do Município de Colombo (PR), totalizando 294 sujeitos a serem entrevistados.

Dos 144 trabalhadores de saúde que compuseram a amostra, somente foram entrevistados 95, porque os demais, por algum motivo, não se encontravam em atividade durante o período de realização das entrevistas. Os usuários entrevistados totalizaram 120, atendendo integralmente ao número planejado. Dos 10 conselheiros municipais foram entrevistados apenas 3, pois somente estes compareceram à reunião do CMS na data agendada para a entrevista. Nenhum dos conselheiros locais foi entrevistado, pois as reuniões dos Conselhos Locais de Saúde foram suspensas por motivos diversos durante o período de realização das entrevistas.

Os dados coletados foram sistematizados e categorizados de modo a permitir uma análise sobre o conhecimento dos representantes dos diversos segmentos quanto aos direitos e ao papel dos conselheiros e quanto à finalidade e ao modo de funcionamento do conselho. Os participantes foram identificados como T (trabalhadores), U (usuários) e G (gestores e conselheiros).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (UFPR) sob o número 0085.0.091.000-09.

### 3. Resultados

#### 3.1 TRABALHADORES DA SAÚDE

Dentre os trabalhadores de saúde, 41 eram agentes comunitários de saúde (ACS); 11, técnicos (1 de farmácia, 4 de higiene bucal e 6 de enfermagem); 8, auxiliares de serviços gerais; 11, profissionais cursando a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (3 nutricionistas, 3 odontólogos, 2 enfermeiros, 2 farmacêuticos e 1 médico); além de 10 enfermeiros, 7 médicos, 6 odontologistas e 1 fisioterapeuta do quadro permanente da Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

Com relação aos 41 ACS, 26 possuíam ensino médio completo; 5, ensino médio incompleto; 5, ensino fundamental incompleto; e 1 deles possuía ensino superior completo. Do total, 30 não participavam de qualquer grupo associativo e 6 nunca haviam escutado falar em Conselho de Saúde. Dentre os 35 que tinham alguma informação, 20 já haviam participado de alguma reunião de conselho, porém, como membro efetivo, somente 3, que, mesmo nesta condição, nunca haviam recebido qualquer capacitação.

Sobre a natureza do Conselho de Saúde, somente 1 deles soube responder corretamente em que consiste o mesmo, 10 não souberam responder, 4 disseram que se tratava de um órgão responsável por fiscalizar os gastos de saúde, 6 afirmaram tratar-se de uma reunião com o intuito de orientar hábitos de vida saudáveis aos usuários e outros 14 responderam que é o local de participação da população. Sobre o funcionamento do conselho, 16 não souberam responder e 19 afirmaram que os conselhos

realizavam as suas reuniões para divulgar as melhorias que acontecem nas US e os hábitos de saúde no bairro.

Quanto ao papel dos conselheiros, 13 ACS responderam que é o de fiscalizar as reuniões dos conselhos ou dar ideias de prevenção; 21 não souberam responder e somente 1 disse que era o de participar da formulação de políticas públicas de saúde, fiscalizar gastos, prazos e resultados.

Em relação aos direitos dos conselheiros, 22 afirmaram desconhecer o assunto, 13 responderam que o conselheiro não tem poder e que seu direito se restringe a eleger alguém para participar da Conferência de Saúde.

Acerca da composição do conselho, 30 afirmavam desconhecer o assunto, 3 sabiam apontar somente os segmentos indicados pela legislação (usuários, gestores e trabalhadores de saúde), sem precisar a quantidade, e 2 conheciam tanto os segmentos mencionados quanto os percentuais de cada um. No que diz respeito ao papel dos conselheiros que representam os trabalhadores do SUS, 8 responderam corretamente. Os outros 27 entrevistados que já haviam ouvido falar do Conselho de Saúde afirmaram desconhecer o papel do conselheiro representante do seu segmento (trabalhadores do SUS) ou achavam que o conselheiro não tinha papel algum definido.

Foram entrevistados 11 técnicos, das áreas de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Apenas um possuía ensino fundamental completo e os demais haviam cursado o ensino médio completo. Nenhum participava de grupo ou entidade associativa; três deles desconheciam completamente em que consistia o Conselho de Saúde. Entre os oito que já haviam ouvido falar sobre o Conselho de Saúde, quatro não souberam responder o restante do questionário. Apenas um respondeu todas as perguntas corretamente. Os dez restantes desconheciam a composição do Conselho de Saúde e o papel dos conselheiros; três deles responderam que a função do Conselho de Saúde era a prestação de contas da US para a população.

Do conjunto de oito auxiliares de serviços gerais entrevistados, um possuía ensino superior completo e sete haviam completado apenas o ensino médio. Um deles participava de um grupo associativo, entretanto, não houve diferença de conteúdo em suas respostas para com as dos demais.

Seis deles já haviam escutado falar do Conselho de Saúde, todavia, como já observado entre os técnicos, somente um respondeu todo o questionário corretamente. Os demais desconheciam o papel dos conselheiros e do conselho, bem como sua composição.

Os 11 membros da Residência Multiprofissional em Saúde da Família apresentaram um padrão de resposta exemplar. Registre-se que nenhum residente foi, alguma vez, membro de qualquer Conselho de Saúde. Todos já tinham ouvido falar em Conselho de Saúde, porém dois residentes de Odontologia responderam que não sabiam o que era e nunca tinham participado de qualquer reunião do Conselho. Os outros nove responderam todas as perguntas corretamente; alguns, ainda, agregaram a sua resposta observações que demonstravam seu conhecimento sobre os problemas de funcionamento do conselho como, por exemplo:

*Em teoria, deveria ser algo democrático, porém, na prática, a força política influencia muito. Os trabalhadores e usuários participam pouco. Os gestores dominam. Deveriam ser decisões de comum acordo (T6).*

E, por fim, dos 24 trabalhadores restantes – médicos, dentistas, farmacêuticos e enfermeiros – somente 3 participavam de algum grupo associativo. De modo geral, apresentaram respostas semelhantes às dos ACS.

Dos 20 destes trabalhadores, que já tinham ouvido falar do Conselho de Saúde e, ao serem interrogados sobre o que é o conselho, 4 não souberam responder, 10 afirmaram que são reuniões onde se discutem questões de saúde ou outros problemas da comunidade, e os outros 6 responderam corretamente. Sobre o funcionamento do conselho, nove nada sabiam, três afirmavam tratar-se somente de reuniões e oito responderam acertadamente.

Quando questionados sobre os conselheiros de saúde, 7 conheciam o papel/função de um conselheiro, 13 desconheciam e alguns apontaram como funções do conselheiro ações como ter ideias de programas de saúde. Sobre os direitos dos conselheiros, dez afirmavam nada saber, seis responderam corretamente e quatro disseram que os conselheiros não têm poderes.

Já sobre a composição dos Conselhos de Saúde, somente sete souberam indicar de forma correta os segmentos sociais que os compõem e em que percentuais; quatro conheciam somente os segmentos; e nove desconheciam tanto os segmentos quanto os percentuais. Nove destes trabalhadores nunca haviam comparecido a qualquer reunião; três já haviam sido conselheiros, mas nunca receberam qualquer capacitação. Quanto ao papel do segmento dos trabalhadores nos conselhos, 13 afirmaram desconhecê-lo e 7 disseram que seu papel seria o de levar ao conselho propostas e sugestões, bem como defender os interesses dos trabalhadores de saúde.

Observou-se o mesmo padrão nas respostas de trabalhadores que não participavam de grupos associativos e nas daqueles que participavam.

### 3.2 USUÁRIOS

Foram entrevistados 120 usuários de distintos graus de instrução: desde os que nunca haviam frequentado a escola até os que possuíam o terceiro grau completo, sendo que 46 possuíam ensino fundamental incompleto; 24, o ensino fundamental completo; 22, o ensino médio incompleto; e 25, o ensino médio completo. A maioria deles, 112 (93,33%), não participava de qualquer grupo associativo. No entanto, não se observou diferença no padrão de resposta desses em relação às respostas dos oito que afirmaram fazer parte de alguma associação.

Em relação ao vínculo empregatício, no momento da pesquisa, 54 usuários estavam trabalhando, sendo quase todos trabalhadores domésticos, sem carteira assinada. Dos demais 66 participantes, 34 eram donas de casa, 17 eram aposentados e 15 afirmaram estar desempregados.

Dos 120 usuários entrevistados, 79 (65,8%) desconheciam a existência dos Conselhos de Saúde. Dentre os 41 que já tinham ouvido falar, 26 responderam que não sabiam do que se tratava e 5 entendiam o conselho como um espaço de aconselhamento da população sobre os cuidados à saúde, como se observa na seguinte resposta:

*São pessoas que andam lutando e lidando para a melhora da saúde das pessoas, alertando as pessoas, porque tem muita gente que não se cuida (U12).*



Outros dois entendiam o Conselho de Saúde como um conselho gestor, tendo um deles afirmado que “*os conselhos comandam o postinho*” (U22).

Os oito restantes responderam que o Conselho de Saúde era um meio de fiscalização e/ou encaminhamento de reclamações e exigências da população.

Os usuários entrevistados desconheciam o funcionamento do Conselho de Saúde. Apenas três responderam corretamente e somente um sabia da frequência das reuniões e conhecia a composição do mesmo. A maioria dos que responderam a esta última questão apenas citava a participação dos médicos e da população.

Somente dois deles conheciam o papel do conselheiro de saúde e oito conheciam os seus direitos. Muitos dos que desconheciam o que era o conselho deduziam seu papel da denominação ‘conselho’ como sendo o de aconselhamento sobre medidas para o autocuidado, tal como se evidencia na afirmação abaixo:

*Aconselhar a população, indicando procedimentos de prevenção de doenças”* (U31).

Do total de 120 usuários entrevistados, 11 haviam participado de alguma reunião de Conselho de Saúde, 6 dos quais em reuniões de Conselho Local. Dentre os que já haviam participado de alguma reunião, cinco o haviam feito na condição de conselheiros, representando o segmento dos usuários. Apenas um havia participado de atividades de capacitação para o cargo, sendo o único a responder satisfatoriamente a todas as questões.

### 3.3 GESTORES E MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Deste grupo foram entrevistados três gestores e nove conselheiros do CMS de Colombo (PR). Com relação aos conselheiros, quatro representavam os usuários do SUS; três, os trabalhadores da saúde; e dois, os prestadores de serviços. Observou-se grande divergência no padrão de respostas entre estes subgrupos.

O grau de escolaridade dos conselheiros representantes dos usuários era bastante heterogêneo: dois possuíam ensino superior completo, um havia cursado o fundamental completo e o outro nunca havia frequentado a

escola. Dentre eles, dois não sabiam responder nenhuma das questões relativas ao Conselho de Saúde e apresentaram como justificativa o fato de estarem há pouco tempo no cargo, acrescentando que esperavam aprender no próprio processo, através da prática. Estes conselheiros afirmaram ter assumido o cargo por determinação do grupo associativo no qual estavam inseridos.

Os outros dois representantes dos usuários já ocupavam havia muito tempo o cargo de conselheiros. Afir-mavam que a função dos conselheiros limitava-se a de fiscalizar, uma vez que esta era a finalidade do próprio Conselho de Saúde. Somente um deles havia participado de curso de capacitação promovido pela Prefeitura Municipal em 2008, que, no entanto, tratava apenas de cuidados à saúde.

Os três representantes dos trabalhadores de saúde eram ACS com ensino médio completo, sendo que nenhum participava de grupos associativos. Dois deles não souberam responder às perguntas e o outro soube falar de suas funções e direitos, mas desconhecia a função do conselho, conforme se verifica em sua manifestação:

*Acredito que as reuniões são repasses das informações discutidas pelos gestores* (G3).

Nenhum dos três conselheiros representantes dos trabalhadores de saúde havia participado de cursos de capacitação para a função.

Entre os conselheiros representantes dos prestadores de serviço, um possuía o ensino médio completo e era presidente do Sindicato dos Servidores Municipais de Colombo, enquanto o outro possuía ensino superior completo e não participava de nenhum grupo associativo. Ambos responderam que o Conselho de Saúde era um meio de fiscalizar a saúde. Em relação a sua função e ao seu direito como conselheiro, responderam que era o de fiscalizar. Ambos afirmaram ter assistido palestra de capacitação para exercerem essa função.

As respostas dos representantes dos gestores foram bastante homogêneas. Todos possuíam ensino superior completo, sendo dois funcionários da Secretaria Municipal da Saúde e um da Secretaria Municipal da Fazenda. Apenas um participava de uma associação (Sindicato dos Servidores). Quando questionados sobre o

Conselho de Saúde, os três convergiram para a ideia de que se trata de uma instância de controle social:

*É o espaço que permite à sociedade participar da gestão. É responsável por acompanhar qualquer ação dos postos de saúde e patrimônio do município.*

Além disso, os três sabiam como funciona e como é composto o Conselho de Saúde. As respostas sobre o papel do conselheiro e seus direitos foram iguais, apontando para fiscalização e proposta de novas ações. Especificamente sobre o papel do gestor no Conselho de Saúde, dois deles responderam que era o de repassar dados sobre os gastos e um respondeu que era o de fiscalizar. Nenhum deles afirmou ter realizado qualquer curso de capacitação.

#### 4. Discussão

Entre os usuários e trabalhadores de saúde entrevistados é notória a diferença de escolaridade média, sendo os trabalhadores, em geral, mais escolarizados. Diferenças no grau de escolaridade podem interferir no grau de mobilização e representatividade destes grupos, pois podem determinar diferentes graus de conhecimento, recursos técnicos e mesmo de linguagem (LABRA, 2002; TATAGIBA, 2002; VAN STRALEN *et al.*, 2006; COELHO, 2004). Como os conselheiros de menor poder aquisitivo costumam apresentar-se em desvantagem em relação a essas questões, continuarão excluídos e com grande dificuldade para articular, defender e encaminhar suas demandas.

No presente estudo, grande parte dos conselheiros respondeu que sua principal função é a de fiscalizar. Isto revela certo grau de imaturidade, pois, como proferido por Oliveira e Almeida (2009, p. 150) em relação a membros de conselho gestor, ao longo do tempo eles “clarificam seu papel e passam de fiscalizadores a deliberadores, com maior capacitação ao poder em termos técnico-administrativos e operacionais”.

Mesmo com o intuito de exercer o papel de fiscalizadores, a maior parte dos conselheiros representantes de segmentos dos usuários e trabalhadores de saúde

não consegue ter uma boa noção de questões como o orçamento da saúde e, desta forma, qualquer ideia ou proposta apresentada pelo segmento dos gestores é, em geral, aceita sem questionamentos. Assim, verifica-se que “ter acesso à informação sem apropriar-se de seu significado, sentido e contexto empobrece o potencial de uso da informação nas discussões sobre as políticas de saúde” (CARVALHO, 1995).

Ao contrário de outras pesquisas que apontam uma tendência para uma verdadeira ‘profissionalização’ do conselheiro, pela longa permanência na função (OLIVEIRA; ALMEIDA, 2009; VAN STRALEN *et al.*, 2006; COELHO, 2004), o que se verificou no presente estudo foi uma elevada rotatividade dos conselheiros. Estes, na maioria das vezes, assumem o cargo desconhecendo quase que completamente seu papel, esperando aprendê-lo na prática, durante o desempenho de sua função. Assim, como afirma Gerschmann (2004), o aprendizado é muitas vezes empírico e passível de manipulação por quem o detém. O conhecimento, sujeito a tais distorções, distanciado da ideologia e dos interesses dos segmentos representados, limita a possibilidade de intervenção autônoma e a possibilidade de uma real representatividade no conselho.

São os representantes dos gestores que conseguem impor o direcionamento que lhes interessa. Como afirma Ammann (1985, p. 47), com base numa análise gramsciana em relação à participação social, os técnicos

*[...] operam na qualidade de funcionários da superestrutura, contribuindo, neste caso, para que as classes subordinadas permaneçam à margem do processo decisório da sociedade global e que, mediante o acesso a decisões adjetivas locais tenham a ilusão de estarem de fato participando. Por esta via os intelectuais colaboram para o ‘consentimento espontâneo das grandes massas da população à direção impressa à vida social pelo grupo fundamental dominante’.*

De fato, este tipo de dinâmica que se reproduz no Brasil contemporâneo inviabiliza uma participação social entendida como um “processo mediante o qual as diversas camadas sociais tomem parte na produção, na gestão e

no usufruto dos bens de uma sociedade historicamente determinada” (AMMANN, 1985, p. 17). As grandes diferenças sociais, próprias das sociedades de classe, como pondera Mészáros (2002), impedem um controle consciente da dinâmica social por parte da classe submetida, o que seria indispensável para tornar as relações sociais favoráveis à máxima realização humana. Em outros termos, essa conquista é estruturalmente incompatível em sociedades organizadas para a produção/reprodução do capital.

Para Mészáros, ainda, a instituição do controle social nos termos propostos acima só poderá ocorrer como consequência de transformação radical da sociedade, no sentido de voltá-la para o interesse das pessoas não mais divididas em classes:

*[...] o estabelecimento do novo modo de controle social é inseparável da realização dos princípios de uma ‘economia socialista, centrada numa significativa economia da atividade produtiva’, pedra angular de uma rica realização humana numa sociedade emancipada das instituições de controle alienadas e reificadas (MÉSZÁROS, 2002, p. 1010, destaques no original).*

Se adotarmos os limites impostos pelo modo de produção vigente, resta-nos ou a busca de consensos possíveis, substituindo a relação de oposição dos interesses entre capital e trabalho pelas relações consensuais criadas pelas argumentações discursivas desenvolvidas no ‘mundo da vida’, como propõe Habermas (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011), ou então, a volta à crença na ‘vontade comum’, como afirma Rousseau.

Nestes termos, mais honestos nos parecem os liberais que, inspirados em Tocqueville, explicitam que, em sua visão, o governo cabe aos capazes e as associações livres, à maioria do povo, para satisfazer seus anseios de participação.

Como ponderamos anteriormente, a atuação prática dos conselheiros lhes permite desenvolver conhecimento – técnico e político –, mas empírico, limitado à aparência dos fenômenos, no âmbito do senso comum. É necessário, pois, que esse conhecimento seja trabalhado em suas relações teóricas, em especial, na aproximação da filosofia, conferindo ao sujeito uma capacidade maior de

autonomia, tanto técnica como política. Não de uma filosofia especulativa sobre o real, mas uma filosofia crítica, conforme a visão marxiana, que trabalhe com as dimensões dialética e histórica, fundamentais para os sujeitos que visam à transformação da realidade.

Com base nisso, a decisão de organizar um programa de formação continuada de conselheiros deveria ser uma das diretrizes do Conselho de Saúde. Para alcançar a superação do senso comum pela filosofia (GRAMSCI, 1984), a formação dos conselheiros deve avançar para conteúdos tanto de base política como técnica, alicerçados não em qualquer referência filosófica, mas naquela que auxilie o trabalhador a conhecer e fundamentar sua condição de classe.

## 5. Conclusões

Conclui-se, a partir deste estudo, que, mesmos nos estreitos limites de participação impostos pela sociedade capitalista, a falta de conhecimento dos conselheiros de saúde reduz ainda mais suas possibilidades de ação. Os representantes de todos os segmentos entrevistados não conhecem suficientemente o papel tanto do conselho quanto do conselheiro de saúde. O grau de conhecimento é maior entre os gestores do SUS, o que lhes confere maior poder de influência no direcionamento das políticas de saúde.

O estudo não evidenciou a relação do grau de conhecimento com a participação em grupos associativos, nem com a escolaridade dos entrevistados. A maioria dos conselheiros de saúde não recebeu capacitação para exercer o cargo.

Se existe alguma pretensão de que a participação social no SUS contribua para a construção de uma sociedade na qual todos os grupos sociais participem da produção, da gestão e do usufruto dos bens produzidos, é imperativo dar acesso, aos conselheiros, ao conhecimento necessário para uma ação transformadora consciente, que alavanque a reestruturação radical no sentido de uma sociedade mais saudável. Conhecimento técnico e, principalmente, político, compreendendo política como a luta pelo poder para o alcance dos objetivos da classe ou fração de classe representada. ■

## Referências

- ABRASCO. *Relatório final da oficina: incentivo à participação popular e controle social em saúde*, Série Saúde e Movimento, v. 1, Brasília: Abrasco, 1993.
- ALTHUSSER, L. *Sobre a reprodução*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- AMMANN, S. B. *Ideologia do desenvolvimento de comunidade no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1985.
- ANDRADE, I. A. L. de. *Descentralização e poder municipal no nordeste: os dois lados da moeda*. In: ANPOCS, 1996, Caxambu. 20º Encontro Nacional da ANPOCS, 1996.
- BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 dez 1990.
- \_\_\_\_\_. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm#cfart198](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm#cfart198)>. Acesso em 3 mai. 2012.
- \_\_\_\_\_. *Lei nº 8142*, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em 3 maio 2012.
- CARNEIRO, C. B. L. Conselhos: uma reflexão sobre os condicionantes de sua atuação e os desafios de sua efetivação. *Informativo CEPAM*. v. 1, n. 3, 2002, p. 62-70. Fundação Prefeito Faria Lima. São Paulo. Brasil.
- CARVALHO, A. I. *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: IBAM/FASE; 1995.
- COELHO, V. S. P. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando. In: COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. (Org). *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Ed. 34; 2004; p. 255-269.
- COHN, A.; ELIAS, P.; JACOBI, P. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo. *Revista Saúde em Debate*, n. 38, 1993, p. 90-93.
- GERSCHMANN, S. Conselhos municipais de saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 6, 2004, p. 1670-1680.
- GRAMSCI, A. *Concepção dialética da história*, 5 ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.
- LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos Conselhos de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, 2002, p. 537-547.
- MATEOS, S. B. A construção da democracia participativa. *Desafios do Desenvolvimento*, Brasília, n. 65, 2011, p. 18-33.
- MÉSZÁROS, I. *Para além do capital: rumo a uma teoria da transição*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.
- MONTAÑO, C.; DURIGUETTO, M. L. *Estado, classe e movimento social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- MÜLLER NETO, J. S. et al. Conferências de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005. *Saúde em Debate*, v. 30, n. 73/74, 2006, p. 248-274.
- OLIVEIRA, M. L.; ALMEIDA, E. S. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n. 1, 2009, p. 141-153.
- SPOSATI A.; LOBO, E. Controle social e políticas públicas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 4, n. 8, 1992, p. 366-378.
- TATAGIBA, L. A. *Institucionalização da participação: os conselhos municipais de políticas públicas na cidade de São Paulo*. São Paulo: 2002.
- VAN STRALEN, C. J. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, 2006, p. 621-632.
- VIANA, A. L. Desenho, modo de operação e representação dos interesses do sistema municipal de saúde e os conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 3, n. 1, 1998, p. 20-23.

---

Recebido para publicação em setembro de 2012  
Versão definitiva em dezembro de 2013  
Suporte financeiro: não houve  
Conflito de interesse: inexistente

# Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência

*Women in prison: meanings and everyday practices of coping with emphasis on resilience*

Gigliola Marcos Bernardo de Lima<sup>1</sup>, André de Faria Pereira Neto<sup>2</sup>, Paulo Duarte de Carvalho Amarante<sup>3</sup>, Maria Djair Dias<sup>4</sup>, Maria de Oliveira Ferreira Filha<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité (UFCG) – Campina Grande (PB), Brasil.  
gigliolajp@hotmail.com

<sup>2</sup>Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
andreperreirane@gmail.com

<sup>3</sup>Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
pauloamarante@ensp.fiocruz.br

<sup>4</sup>Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFP) – João Pessoa (PB), Brasil.  
mariadjair@yahoo.com.br

<sup>5</sup>Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFP) – João Pessoa (PB), Brasil.  
marfilha@yahoo.com.br

**RESUMO:** Este estudo se propõe a conhecer os significados do encarceramento, bem como as estratégias de enfrentamento com ênfase na resiliência. A metodologia baseia-se na abordagem qualitativa à luz da técnica de História Oral Temática. As falas revelam a prisão enquanto processo de ‘mutilação do eu’. A morte civil, a substituição do convívio familiar, o vazio de ordem emocional e material, e a ausência da autonomia caracterizam o significado do cárcere. As estratégias de enfrentamento com resiliência dentro do cotidiano prisional foram a fé, o amor aos filhos, o trabalho, a música e a espera pela liberdade. É preciso que a prisão se comporte para além do caráter punitivo e proporcione cuidados especializados à mulher encarcerada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mulheres; Prisões; Resiliência Psicológica.

**ABSTRACT:** *This study aims to know the meanings of incarceration as well as strategies for coping with emphasis on resilience. The methodology is based on a qualitative approach to the light of thematic oral history technique. The reports revealed the arrest as a process of ‘mutilation of self’. The civil death, the replacement of family life, the void of emotional and material orders and the lack of autonomy characterize the significance of jail. Coping strategies for resilience for everyday were faith, the love of children, work, music and hope for freedom. Prison needs to be beyond punitive and provide specialized care to incarcerated women.*

**KEYWORDS:** *Women; Prisons; Coping; Resilience, Psychological.*



## Introdução

O aumento de pessoas sob privação de liberdade é uma realidade crescente nos últimos anos, no cenário nacional e internacional. Em 2004, a população apenada mundial era de 9 milhões; em 2006, de 9,25 milhões; e em 2008, esse número correspondia a 9,8 milhões (INTERNATIONAL CENTRE FOR PRISON STUDIES, 2012). O Brasil aparece no contexto mundial ocupando o quarto lugar entre os países com maior número de presos: 496.25 apenados. Os Estados Unidos detêm o primeiro lugar com 2.292.133, seguidos pela China com 1.650.000 e pela Rússia com 806.100 (WALMSLEY, 2009). O crescimento da população apenada brasileira é ainda maior do que o crescimento da população em geral. A população apenada cresceu 23,7%, enquanto que a média de crescimento da população brasileira foi de 5,9% entre 2005 e 2009. No final de 2011, a população carcerária no Brasil totalizou 514.582 pessoas, sendo que 6,6% destas equivalem às mulheres encarceradas (INTERNATIONAL CENTRE FOR PRISON STUDIES, 2012). Considerando a taxa média de crescimento anual de 8% da população apenada, estima-se que ao final de 2012 teremos uma população carcerária de aproximadamente 626.083 pessoas (DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2008).

Com relação ao sexo, os dados são ainda mais impressionantes. A população masculina apenada brasileira cresceu 106% entre 2000 e 2010, enquanto a feminina cresceu, no mesmo período, 261%. No ano de 2000, eram 10.112 mulheres presas (4,3% do total de apenados) e no ano de 2010, o número saltou para 36.573 (7,4%). Desse modo, enquanto a população apenada masculina dobrou, a feminina triplicou (DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2010). Em contrapartida, o percentual de novos estabelecimentos penais entre 2007 e 2009 foi de escassos 5,9%. Em 2005, o déficit de vagas no sistema prisional brasileiro era de 90.360; em 2007, de 147.179; e em 2009, de 126.962 (DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2008).

Nesse sentido, percebemos que o crescimento da população apenada não foi acompanhado

proporcionalmente do crescimento de ambientes prisionais. Diante disso, temos que lidar com a superlotação dos estabelecimentos penais e suas consequências, tais como: ócio, indisciplina, indignação, tumulto, precariedade de higiene, aumento do consumo de drogas e de diversas formas de violências físicas e psicológicas (ALMEIDA, 1998). Além das consequências da superlotação, os apenados passam por uma ruptura brusca de perda da liberdade, autonomia e relações familiares, sobretudo as mulheres (LEMGRUBER, 1999).

As mulheres que adentram o sistema prisional em sua maioria são jovens, solteiras, possuem filhos, têm baixo nível de escolaridade e renda familiar precária. Segundo Moraes e Dalgalarrodo (2006), em geral, antes do encarceramento não possuíam estabilidade trabalhista, pois desempenhavam ocupações de baixa qualificação com salários proporcionais ou estavam em situação de desemprego. Alguns estudos indicam que estas populações trazem consigo histórias de vida marcadas por um precário vínculo familiar, perda precoce dos pais, baixos índices de sociabilidade e acesso à educação, e por diversas formas de violência (WRIGHT *et al.*, 2006; TYE; MULLEN, 2006; GUNTER *et al.*, 2008). Nesse sentido, a prisão para a população feminina implica em problemas ainda mais impactantes, a exemplo da maior estigmatização social e altos níveis de problemas de saúde com ênfase no sofrimento mental (MORAES; DALGALARRONDO, 2006; GUNTER *et al.*, 2008; CANAZARO; ARGIMON, 2010).

Assim, preservar a garantia do direito à saúde de apenados no Brasil é um desafio constante, especialmente no que tange à saúde mental. O direito à saúde está ancorado *a priori* em base constitucional e em um amplo arcabouço normativo.

Levando-se em consideração o atual conceito ampliado de saúde e a perspectiva de cidadania e justiça social, entendemos que as experiências em instituições prisionais devem preservar a saúde dos apenados. Assim, pensar essa população em seu contexto e na sua complexidade aparece como elemento essencial na busca da garantia e da promoção dos direitos amplamente afirmados nas bases documentais nacionais, a exemplo da Constituição Federal de 1988, a qual garante através do SUS (Sistema Único de Saúde) o direito à



preservação da saúde a qualquer cidadão brasileiro, inclusive aos confinados no sistema prisional.

Mesmo antes da Constituição Federal, já em 1984, a Lei de Execução Penal (LEP) – Lei nº 7.210, de 11 de julho, foi criada objetivando a proporcionar condições para a harmônica integração social do apenado, apontando como base do cumprimento das penas privativas de liberdade e restritivas de direitos um programa individualizado de pena. Destaca-se no Artigo 14 da referida Lei, que a caracterização da “assistência à saúde do(a) preso(a) e do(a) internado(a) de caráter preventivo e curativo, compreenderá atendimento médico, farmacêutico e odontológico”. E ainda acrescenta, no parágrafo segundo deste mesmo artigo, que

*quando o estabelecimento penal não estiver aparelhado para prover a assistência médica necessária, esta será prestada em outro local, mediante autorização da direção do estabelecimento* (SILVA; MENEZES, 2001).

O estreitamento do diálogo entre a saúde pública e a justiça intensificou-se nas últimas décadas. Nesse sentido foi lançada a Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 setembro de 2003, que instituiu o “Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário”, a partir da necessidade de melhor organização das ações e serviços de saúde no sistema prisional com base nos princípios doutrinários do SUS. Recentemente, em 2010, foi lançada pelo Ministério da Saúde a “Legislação da Saúde no Sistema Penitenciário” na tentativa de socializar algumas normativas com o conjunto de parcerias envolvidas em ações voltadas aos apenados, em especial aos gestores estaduais e municipais dos Planos Operativos de Saúde no Sistema Penitenciário (DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2010).

Falar da saúde dos apenados enquanto direito não é uma face baseada meramente no arcabouço legal e normativo. A maioria das pessoas que se encontram nos presídios são culturalmente, socialmente e, por vezes, fisicamente mais frágeis, estando assim mais vulneráveis e, por consequência, mais disponíveis para o adoecimento. E isso remete aos direitos humanos uma forma de buscar dignidade para essas pessoas.

Assim, pensamos que a preservação da saúde durante o regime de reclusão é uma forma de trazer a essas pessoas a dignidade que rege o direito à saúde presidiária. Enfatizaremos aqui as presidiárias em regime fechado de reclusão, que, além dos deveres, também são providas de direitos como: assistência em saúde, material, jurídica, educacional, social e religiosa.

A hipótese que apresentamos a partir da abordagem da vida de presidiários no Brasil segue o seguinte raciocínio: um indivíduo que vive a exclusão, normalmente acompanhada de sofrimento, em geral vivencia um momento de crise na vida. Assim, para minimizar os impactos dessas experiências, os apenados geralmente desenvolvem mecanismos de adaptação a fim de se adequarem às novas formas de vida.

Nesse sentido, este estudo se propõe a conhecer os significados do encarceramento, bem como as estratégias de enfrentamento a partir das falas de mulheres presidiárias na Paraíba. Para levantamento e análise dos dados recorreremos à técnica de História Oral Temática, à literatura e a alguns conceitos de Foucault, Goffman e Erich Fromm.

A relevância e a pertinência desse estudo se dão pela magnitude do problema do crescimento populacional prisional, especialmente o feminino, e das condições nas quais essas pessoas estão institucionalizadas. Desse modo, pretende-se, com este trabalho, contribuir para enriquecer a literatura ainda escassa sobre este tema, bem como disseminar as experiências de encarceramento para, a partir daí, traçar estratégias a fim de minimizar os danos decorrentes que possam vir a existir.

Quanto às bases metodológicas, este estudo segue a natureza descritiva sob a perspectiva da abordagem qualitativa. Nesse sentido, este estudo levará em consideração a relação dinâmica entre a prisão e as encarceradas, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. O caráter descritivo se volta aos pesquisadores tenderem a analisar seus dados indutivamente. Assim, o processo e seu significado são os focos principais de abordagem (CHIZZOTTI, 2008).

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e a subjetividade do sujeito. Dessa forma, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, fatores estes que representam um nível de realidade não expressa em pesquisas quantitativas.

Assim, ouvir as mulheres encarceradas e observar seu cotidiano prisional foi essencial para interpretar as formas de vivenciar o cárcere, seus significados e estratégias de enfrentamento, bases de investigação desta pesquisa. Podemos aqui destacar o pensamento de Becker (1994, p.103) que retrata que há um valor nas

*interpretações que as pessoas fazem da sua própria experiência como explicação para o comportamento, assim, para entender porque alguém tem o comportamento que tem, é preciso compreender como lhe parecia tal comportamento* (BECKER, 1994, p. 103).

Perceber os sujeitos como atores construtores da sua história é permitir que eles compreendam os fenômenos que os cercam e identifiquem-se como sujeitos ativos do processo social, histórico e cultural no qual eles estão inseridos. Nesse sentido, buscamos o depoimento daquelas que estão sob cárcere penal, e que, de algum modo, construíram uma história.

Tendo por instrumento o roteiro de entrevista semi-estruturado e a técnica da História Oral, sob as bases conceituais de Meihy (2002), é que foi realizado o levantamento do material empírico deste estudo. O instrumento de coleta de dados continha perguntas norteadoras sobre o objetivo do estudo e outras voltadas à caracterização da amostra. Considerando as modalidades de História Oral, esta pesquisa se apoia na História Oral Temática, visto que pretende conhecer e analisar, a partir de falas de mulheres encarceradas na Paraíba, as experiências de institucionalização penal e suas práticas cotidianas de enfrentamento (MEIHY, 2002).

Os critérios de seleção para participação no estudo foram: estar em regime fechado de reclusão, ser maior de 18 anos, ter aceitado participar livremente da

pesquisa e estar ciente de que nenhum ganho jurídico seria recebido mediante sua participação. Assim, após o convite, concordaram em participar e foram inclusas no estudo oito mulheres.

Entenda-se aqui regime fechado, de acordo com a Lei de Execução Penal, como a forma de confinamento indicado para o condenado sob pena privativa de liberdade e que, para o cumprimento desta, destina-se como local a Penitenciária (BRASIL, 1984).

Os dados deste estudo provêm de uma pesquisa original com mulheres que cumprem pena em um presídio feminino na cidade de João Pessoa, capital da Paraíba. Essa Instituição de Segurança Média localiza-se na periferia da referida cidade. A escolha por esse cenário de investigação se deu pela relevância de sua representatividade ao conter cerca de 60% do total da população sob confinamento feminino do Estado da Paraíba (DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2010).

A pesquisa segue os preceitos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que rege as pesquisas envolvendo seres humanos. O protocolo deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes que qualquer etapa da entrevista fosse iniciada. Diante da situação peculiar que envolvia as depoentes do estudo, preservou-se o anonimato de suas identidades através de nomes de pássaros, simbolizando a tão esperada liberdade. A amostra desta pesquisa totalizou oito participantes, que escolheram serem representadas pelos seguintes pássaros: 'Beija-Flor', 'Bem-Te-Vi', 'Arara', 'Papa-Capim', 'Pardal', 'Sabiá', 'Falcão' e 'Gralha'.

Previamente à entrevista foram realizadas visitas no local do estudo e marcadas as entrevistas de acordo com a disponibilidade das participantes. Antes do início das entrevistas explicou-se sobre os objetivos do estudo e os direcionamentos éticos do mesmo. As entrevistas ocorreram na sala de aula do presídio e foram marcadas, na sua maioria, pela emoção e pela disponibilidade para falar. A análise do material obtido nas entrevistas desencadeou a construção de uma grade temática baseada em três eixos de investigação: 1 – Caracterização das encarceradas depoentes; 2 – Mulheres no cárcere;

significados do encarceramento; e 3 – Práticas cotidianas de enfrentamento no encarceramento. Estas grades detalham grandes temas tratados nas entrevistas: (a) representação do mundo da prisão, (b) experiência pessoal da prisão, (c) representação do cuidado na prisão e (d) práticas de superação do cárcere. Nesse sentido, se apresenta a análise deste estudo.

É preciso, antes de detalhar a análise, refletir sobre o ambiente no qual esta pesquisa se desenvolveu, o cárcere. Estudar o ambiente prisional é compreender, logo no início, que não haverá acesso a tudo e a todos, nem mesmo o total controle temporal e espacial da pesquisa durante seu desenrolar. O trabalho de campo em uma unidade prisional estará sempre sujeito a contextos instáveis como situações de fuga e violência, entre outros. Destacado esse aspecto, passamos a apresentar os eixos categóricos extraídos na pesquisa.

O primeiro eixo refere-se à “caracterização das encarceradas depoentes”. Neste sentido, o perfil das apenas depoentes apresentou idades variando entre 22 e 44 anos, com média de 29,3 anos. Esta característica foi similar a de alguns estudos. Antes da prisão, a maioria das presas encontrava-se desempregada ou ocupava baixos cargos profissionais (empregada doméstica, auxiliar de serviços gerais, ambulantes). A baixa ocupação laborativa também corrobora outras pesquisas (WRIGHT *et al.*, 2006; TYE; MULLEN, 2006; GUNTER *et al.*, 2008).

Há pouca diversidade nas ocupações às quais as presas podem ter acesso. As funções destinadas às encarceradas mimetizam as tarefas que executam normalmente no lar, reafirmando os papéis culturalmente definidos para as mulheres em espaços privados, a exemplo da esfera doméstica. A escassez do Estado enquanto gerador de novas habilidades para as prisioneiras colabora para manter a vulnerabilidade social desta população. Somado a este fato tem-se o estigma da delinquência conferido pela prisão (WRIGHT *et al.*, 2006; TYE; MULLEN, 2006).

O baixo grau de escolaridade geralmente é associado a baixas condições socioeconômicas e este tipo de análise requer cuidados, uma vez que não se pode afirmar haver uma relação direta entre essas duas variáveis (condições socioeconômicas e grau de escolaridade) em relação a um maior índice de criminalidade. Este tipo

de associação pode reforçar o estigma imposto às populações pobres como indivíduos tendentes à violência e à criminalidade.

No que se refere ao estado civil a maioria das entrevistadas se declaram solteiras. A interrupção de laços interpessoais nas unidades prisionais femininas é um fato muito presente, o que geralmente não ocorre nas unidades penais masculinas. A perda do companheiro após o cárcere é um fato muitas vezes encarado como ‘destino’. Quanto a função materna também a maior parte declaram-se mães com média de 1,1 filho, Divergindo dos achados de alguns estudos onde a media de filhos se apresentaram maior. Talvez a média menor de filhos desta pesquisa pode estar associada a faixa etária mais jovem com a qual se apresentaram as depoentes (MORAES; DALGALARRONDO, 2006; TYE; MULLEN, 2006).

Ressalta-se que de acordo com os relatos que muitos pais também se encontram encarcerados ou estão foragidos da polícia ou até mesmo não reconheceram a paternidade dos seus filhos, o que, de certa forma, contribui para o aumento da ansiedade das encarceradas-mães frente aos seus filhos, ficando a maioria destes sob a guarda dos avós, sobretudo maternos.

O tempo de encarceramento variou de oito meses a dois anos em regime fechado. E quanto às infrações cometidas, foram relatados crimes violentos (homicídio e roubo) mais incidentes, seguidos dos crimes não violentos (furto e estelionato). As características criminais das apenas encontradas no estudo também dialogam com alguns estudos. As tipificações de crimes aqui encontradas divergem da maioria das outras pesquisas, visto que não houve menção ao tráfico de drogas/entorpecentes ou associação ao tráfico por parte das entrevistadas. Contudo, sabe-se, a partir de vários outros autores, que esta vem sendo a grande porta de entrada para as mulheres no mundo do crime (CANAZARO; ARGIMON, 2010; GUNTER, 2008).

No que tange ao imaginário social construído em torno da criminalidade feminina, concebe-se que a mulher, em grande escala, cometera seus crimes em espaços privados, já que o espaço público ainda lhe é pouco concedido, incumbindo nesse sentido também uma forte influência da construção das relações de poder e

gênero no papel feminino. Assim, os homicídios, furtos e estelionatos trazidos pelas entrevistadas confirmam estes achados, visto que ocorreram prioritariamente na esfera doméstica (MORAES; DALGALARRONDO, 2006; TYE; MULLEN, 2006).

Dada a condição de ruptura com as regras sociais com a consequente ação transgressora do criminoso, a sociedade lança mão de mecanismos de punição e recuperação destes atores criminais. Nesse sentido, Foucault (1983, p. 235) traz a função da “prisão” como sendo um lugar que “torna possível, ou melhor, favorece a organização de um meio de delinquentes, solidários entre si, hierarquizados, prontos para as cumplicidades futuras”.

Diante disso, passaremos a conhecer o lugar que o cárcere ocupa na vida e na história das mulheres que se disponibilizaram a colaborar com este estudo. Assim, apresentaremos o segundo eixo categórico, intitulado “Mulheres no cárcere: significados do encarceramento”. Porém, antes de falarmos sobre os sentidos e significados da prisão, precisamos destacar a dimensão subjetiva que essa experiência do encarceramento traz. Portanto, faz-se pertinente apresentarmos o conceito de subjetividade no qual estamos apoiados para essa análise. A subjetividade volta-se a um mundo de ideias, significados e emoções construído internamente pelo sujeito a partir de suas relações sociais, de suas vivências e de sua constituição biológica; é, também, fonte de suas manifestações afetivas e comportamentais (ROTELLI, 1990).

Para Rotelli (1990), a subjetividade é a síntese singular e individual que cada um de nós vai construindo conforme vai se desenvolvendo e vivenciando as experiências da vida social e cultural. Essa síntese nos identifica, de um lado, por ser única, e nos iguala, de outro lado, na medida em que os elementos que a constituem são experienciados no campo comum da objetividade social.

O pensamento foucaultiano traduz que tanto as práticas jurídicas quanto as judiciárias são pontos importantes na determinação da subjetividade, uma vez que, por meio delas, é possível estabelecer formas de relações entre os indivíduos. Tais práticas, submissas ao Estado, passam a interferir e a determinar as relações humanas e, em consequência, determinam a subjetividade do indivíduo.

Propomos também conhecer a dimensão dos sujeitos que fazem parte desta pesquisa a partir de um referencial conceitual de *homo sacer* trazido por Agamben. Os sujeitos envolvidos neste estudo cometeram crimes, desacataram as leis, ultrapassaram os limites da ordem e da moral, rompendo um ‘acordo social’ proposto pelo senso comum. O *homo sacer* refere-se a um ser cuja vida não há valor, enigmático, obscuro, detentor de características de sentidos contraditórios: o sagrado, o impuro e o não sacrificável (AGAMBER, 2002).

A abordagem psicanalítica terá destaque como referencial teórico nas argumentações e na análise das falas das mulheres entrevistadas à luz dos preceitos de Erich Fromm (1979) sobre a condição humana. Para o autor, “o ponto arquimédico do dinamismo humano está na singularidade da situação do homem. Assim, o conhecimento da psique humana precisa basear-se na análise das necessidades do homem resultantes das condições de sua existência” (FROMM, 1979).

O homem, no tocante ao seu corpo e às suas funções fisiológicas, é vinculado ao reino animal. O funcionamento do animal é determinado pelos instintos, por moldes específicos de ação, os quais são determinados por estruturas neurológicas herdadas. A necessidade de encontrar soluções sempre renovadas para as contradições de sua existência, com seu próximo e consigo mesmo, é a fonte de todas as forças psíquicas motivadoras do homem, de todas as suas paixões, seus afetos e ansiedades (FROMM, 1979).

A satisfação das necessidades instintivas (fome, sede, sono, apetite sexual) não é suficiente para fazer o homem feliz, não é sequer suficiente para fazê-lo mentalmente sadio. Tais necessidades são importantes porque têm suas raízes na química interior do organismo e podem fazer-se onipotentes quando não atendidas. Porém, a satisfação total dessas necessidades não é ainda condição suficiente para o equilíbrio mental. Ambos dependem da satisfação das necessidades especificamente humanas que nascem da condição humana: a necessidade de relação, transcendência, arraigamento; necessidade de um sentimento de identidade e de uma estrutura de orientação e devoção (FROMM, 1979).

O cotidiano da prisão reflete sobre a condição humana na medida em que várias rupturas do meio social

e familiar são abruptamente produzidas. A condição de isolamento decorrente do processo de encarceramento traz a estas populações o afastamento da família, filhos, parceiro, amigos e do ambiente social. Vivenciar o processo de institucionalização revela, em geral, experiências de ‘existência-sofrimento’ dos sujeitos. O sofrimento é uma “experiência essencialmente alteritária na qual o outro está sempre presente para a subjetividade e se dirige a ele com o seu apelo e lhe endereça uma demanda” (ROTELLI, 1991 *apud* AMARANTE, 1994).

Partindo do entendimento da prisão enquanto detentora de mecanismos disciplinares dos sujeitos a fim de submeter os indivíduos a seus mecanismos de poder e degradadora da condição humana proposta por Erich Fromm (1979), apresentam-se os segmentos de falas:

*Para mim, estar hoje aqui dentro da prisão significa um vazio muito grande. (Gralha)*

*Estar na prisão é se sentir incapacitada, limitada. (Papa-Capim)*

*Eu me sinto, de certa forma, mutilada aqui dentro do presídio. (Falcão)*

As falas apresentam os significados da prisão para apenadas que, em geral, revelam o processo de ‘mutilação do eu’, o que gera mudanças da concepção de si, por rebaixamento, degradações e humilhações sofridas. Isso ocorre em função da morte civil, da substituição do convívio familiar e da ausência da autonomia. Reforça-se assim a percepção ‘foucaultiana’ ainda hoje presente, de que a prisão representa um espaço de “suplício da alma” exercido através de seu poder institucionalizante sobre seus sujeitos (AMARANTE, 1994).

O ‘vazio’ de ordem emocional e material representado nas falas acima, de ‘Gralha’, ‘Papa-Capim’ e ‘Falcão’, vão de encontro à terceira necessidade humana de Fromm (1979), o arraigamento. Para o referido autor, o acontecimento do nascimento do homem traz à tona a separação do ambiente natural, um rompimento com seus vínculos naturais. Mas, não poderia o homem viver sozinho, isolado ou até desamparado. Existe a necessidade de deixar suas raízes naturais e se arraigar as raízes humanas. Assim, os sentimentos de vazio, solidão

e mutilação apresentados nas falas frente à experiência do encarceramento voltam-se à dependência do arraigamento humano e dos vínculos que o compõe, a exemplo de familiares e amigos, entre outros.

Somada à quebra de vínculos, a atmosfera hostil do cárcere também traz uma peculiaridade da condição humana para quem o vivencia. A sobrecarga de aspectos negativos torna as relações frágeis neste ambiente e contribui significativamente para um clima de desconfiança no processo de relacionamento do ser, seja com as companheiras de detenção, com a própria família ou até mesmo com a equipe que compõe o cárcere. Podemos identificar isto através dos seguintes relatos:

*O convívio aqui dentro do presídio é duro, é mesquinho, é difícil. Rola muita falsidade, é um ambiente muito hostil. (Pardal)*

*Nesse lugar (a prisão), nós somos humilhadas de várias formas e por muitas pessoas (referindo-se aos funcionários e detentas). (Sabiá)*

Os trechos das falas acima podem traduzir o reflexo da obrigatoriedade do convívio diário com pessoas desconhecidas e da hostilidade que ronda a atmosfera do cárcere. Os relatos de ‘Pardal’ e ‘Sabiá’ reforçam a fragilidade das relações humanas na prisão permeadas geralmente por sensações de insegurança e desconfiança, dificultando laços de amizade e companheirismo.

A instituição penal, pelo seu caráter de confinamento, naturalmente estabelece barreiras e rompimentos entre o mundo do trabalho, da família e das relações afetivas que dificultam e perturbam o cotidiano prisional. Em função do abandono dos familiares, amigos e, sobretudo, da separação dos filhos, as experiências de “existência-sofrimento” são recorrentes e expressas por sentimentos de tristeza, dor, desesperança e solidão, como os presentes nesses depoimentos:

*(...) ela (referindo-se à irmã) disse a mim, na primeira vez que veio me visitar, que, por ela, eu iria mofar aqui na cadeia. É difícil escutar isso, foi uma dor muito grande. (Bem-Tê-Vi)*



*Sinto necessidade do amor dos três homens mais importantes da minha vida: meu filho, meu esposo e meu irmão. (Falcão)*

*Me sinto muito sozinha aqui, principalmente pelo desprezo da minha família, pela distância dos meus filhos. (Arara)*

*Dói muito em mim quando eles (referindo-se aos filhos) vão embora. Sei que eles sofrem muito em me ver aqui na prisão. Eu tô vendo meus filhos crescerem sem minha presença. (Sabiá)*

É explícita, nos depoimentos, a necessidade que o ser humano tem, desde o seu nascimento, de se relacionar com os outros, com seres que acrescentem algo à sua vida. A essa necessidade Erich Fromm deu o nome de ‘relacionamento x narcisismo’. Após seu nascimento, o homem tem necessidade de se arraigar a outras pessoas. Mas não poderia o homem viver sozinho, isolado ou até desamparado. Assim, familiares, amigos, parentes e companheiros do dia a dia passam a ser elementos presentes na vida das pessoas (MORAES; DALGALAR-RONDO, 2006; TYE; MULLEN, 2006).

O ambiente carcerário se caracteriza como um local não propício a suprir a necessidade de relacionamento proposta por Fromm, pois a atmosfera dele (o cárcere) gira em torno de fatores como opressão, desconfiança e temor, dificultando o ajustamento emocional dessas mulheres.

A referência do sofrimento atrelado à ausência de uma pessoa querida apresentado nas falas, seja ele um filho, um familiar ou um parceiro, vincula o sofrimento a uma experiência subjetiva na qual geralmente o outro está presente. Fica notório que as apenadas têm dificuldades em lidar com os afastamentos de familiares e principalmente com a separação dos filhos.

Percebemos que o encarceramento, como se dá nos dias atuais, não significa uma estratégia terapêutica. Ao contrário, se apresenta favorável ao sofrimento crônico que permeia o desconforto psíquico:

*O sofrimento que sentimos aqui dentro, a meu ver, é algo inexplicável. (Beija-Flor)*

*O silêncio da noite é tenebroso, traz um peso maior: a depressão. Não temos confiança, uma nas outras. (Papa-Capim)*

*Passamos muito tempo ociosas e sempre passa muita bobagem nas nossas cabeças. No momento que eu fui presa, eu pensei em suicídio. (Falcão)*

*Teve momentos aqui (na prisão) que eu pensei que ia ficar louca, não sabia mais quem eu era. (Sabiá)*

Os agentes estressores presentes nas condições de vida da prisão podem contribuir, em grande parte, para o comprometimento da saúde mental dos indivíduos que ali convivem. Riscos para quadros de adoecimento mental, a exemplo da depressão e até do suicídio, estão presentes, em geral, na população apenada.

Assim, com a análise das falas, foi possível identificar, por meio das duas categorias apresentadas, as experiências de sofrimento e as relações com a saúde mental de mulheres apenadas. O ambiente restritivo de direitos, as relações internas e familiares de desconfiança, a ociosidade, os conflitos intrapessoais, entre outras, foram condições vivenciadas identificadas como dificuldades da vida no cárcere.

O somatório destes fatores dificulta o cotidiano de cumprimento de sua pena. Nesse sentido, a prisão vem se constituindo como um cenário constante de violações de direitos. Ela é um instrumento do sofrimento que se abate sobre o corpo do acusado sem nenhuma perspectiva renovadora. Diante destes fatores, essa população lança mão de diferentes estratégias para o enfrentamento dos problemas vivenciados no cárcere, que podem ser ilustrados pela terceira categoria, que denominamos de “Práticas cotidianas de enfrentamento no encarceramento”.

Na busca pela superação das experiências de sofrimento, as mulheres apenadas constroem, diariamente, estratégias de enfrentamento para adaptarem-se à institucionalização prisional e aos seus desdobramentos. Os fragmentos de fala mostram o desenvolvimento de traços de resiliência diante das adversidades do cárcere.



Assim, será a partir do conceito de resiliência que observaremos as práticas cotidianas de enfrentamento.

De acordo com Junqueira e Deslandes (2003), a resiliência é um tema que vem sendo presente nos últimos anos na esfera das ciências da saúde. Originalmente, o termo ‘resiliência’ veio da física e refere-se geralmente à resistência de materiais. Vários autores já conceituaram a resiliência. No entanto, não há um consenso conceitual.

Na maioria das definições estão presentes os seguintes elementos: ‘adaptação/superação’, ‘inato/adquirido’ e ‘permanente/circunstancial’. A resiliência não significa uma volta ao estado anterior diante de um sofrimento, mas sim, a superação ou adaptação de um indivíduo diante de uma adversidade e a possibilidade da construção de um novo caminho a partir do enfrentamento de ambientes e situações estressoras (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003).

Nesse sentido, para as mulheres deste estudo, cinco elementos contribuem para a resiliência diante do cotidiano de confinamento. São eles: fé, trabalho, música, companheiras de cárcere, filhos e a espera pela liberdade. Observemos os trechos a seguir:

*Procuro superar essa vida do presídio através do trabalho que desenvolvo aqui com as redes (referindo-se à fábrica de redes) e, principalmente, nas orações a Deus. (Arara)*

*O que tenho feito para superar tudo isso é me apegar muito a Deus, tentar ocupar minha mente em trabalhar, tentar não desanimar. (Bem-Te-Vi)*

*(...) E para superar esse sofrimento, essa tristeza que eu sinto tão forte em meu peito, me fortaleço em Deus e em minha mãe que vem me acompanhando já há oito anos – (Beija-Flor)*

*(...) a cada dia, eu canto, eu converso, até o dia de dizer chegou a sua hora, a liberdade é sua e tenho certeza que vencerei tudo isso, creio em Deus que sairei daqui e não voltarei mais – (Pardal)*

*Sigo aqui conversando com minhas companheiras de sofrimento, quando conversamos uma com as outras, nos sentimos melhor. Vou embora daqui, cuidar da minha mãe e de meus filhos. (Sabiá)*

Destacam-se os trechos de depoimentos de ‘Pardal’, ‘Arara’, ‘Bem-Te-Vi’, Beija-Flor e ‘Sabiá’, que reafirmam a dimensão do sujeito *homo sacer* trazido por Agamben. Mesmo tendo cometido uma desordem moral e estando encarceradas frente a este delito, as falas nos apresentam os sentidos contraditórios característicos do *homo sacer*, o impuro e o sagrado juntos, na medida em que estas mulheres se apoiam em um poder divino como mecanismo de resiliência.

Assim, diante dessas características humanas, o homem está sempre na busca de soluções renovadas para as contradições de sua existência. E é essa busca que surge como força impulsionadora de suas atividades para consigo mesmo e com seu próximo. Nesse sentido, a espiritualidade como parte da vida do ser humano e de sua condição de existência.

Possíveis relações positivas existem entre religiosidade e saúde mental junto a mulheres apenadas. De acordo com os autores, é possível que a conversão religiosa contribua para a “reconstrução da autoimagem e forneça um sentido para a existência do indivíduo, não só para a sua situação de encarcerado, mas também para outros aspectos como pobreza e exclusão social, falta de trabalho, desestruturação familiar, entre outros”.

Os depoimentos de ‘Arara’ e ‘Bem-Te-Vi’ versam sobre o trabalho como instrumento terapêutico e de esperança para o cotidiano prisional. O trabalho possui um potencial ressocializador na execução da pena privativa de liberdade. Nesse sentido, a ocupação laboral pode ser vista como um caminho real para uma vida nova e uma perspectiva para um futuro longe da prisão.

Também identificamos nas falas das depoentes o desejo e a espera pelo (re)convívio com a família, especialmente com a mãe e os filhos, como formas de enfrentamento na prisão e desejo de dias melhores.

De modo geral, entendemos que os mecanismos de resiliência manifestaram-se de diversas formas ao longo dos depoimentos, seja no âmbito individual, seja

na esfera coletiva. Acreditamos que as entrevistadas buscaram uma dimensão simbólica de superação diante do encarceramento através das falas de adaptação/superação do cotidiano prisional. Estas mulheres extraíram da vivência prisional um determinado aprendizado e cultivaram, de alguma forma, estratégias de superação dos eventos potencialmente estressores presentes no cárcere.

## Reflexões finais

Ao final desta pesquisa podem-se conhecer as experiências de sofrimento presentes no processo de institucionalização da prisão geradas, sobretudo, pelas vivências da “mortificação do eu” que conduziram as mulheres apenas a desenvolverem mecanismos de resiliência como estratégias de enfrentamento construídas para adaptação às suas novas condições de vida.

O estudo reafirma a atmosfera de ausências e rupturas que, em geral, caracterizam as instituições prisionais e estão para além do isolamento penal. A perda de laços afetivos familiares, de relacionamentos amorosos, a negação da maternidade, as fronteiras erguidas entre o ser e o ambiente, o medo, a tristeza, o desconforto, a ansiedade, a insegurança do futuro são experiências ameaçadoras à saúde mental destas pessoas.

Na busca pela sobrevivência, adaptação e até superação do cárcere, as mulheres desenvolvem mecanismos de resiliência baseados em Deus, no trabalho, no amor pelos filhos, das companheiras de cárcere; e na esperança da liberdade. Os mecanismos de enfrentamento correspondem aos suportes emocionais e sociais na busca pelo

alívio das experiências de sofrimento traduzidas pelo cotidiano do confinamento diante da falha institucional.

Visando a minimizar as experiências de sofrimento que o cárcere acarreta e especialmente os danos à saúde mental é preciso transformar a prisão em um ‘kairós’ (da mitologia grega, significa momento certo ou oportuno) e não reduzi-lo a seu caráter restritivo de privação de liberdade. Nesse sentido é preciso proporcionar às apenadas cursos profissionalizantes, cuidados especializados à condição física e psicológica feminina; elaborar estratégias de maior convivência com os filhos; garantir o direito à visita íntima e a intimidade da visita; e promover ações de apoio espiritual, entre outras ações.

Caridade, direito, utopia ou possibilidade? A preservação da saúde mental das encarceradas passa pela perspectiva da cidadania. A garantia da saúde largamente instituída nas bases documentais é um direito inviolável a qualquer cidadão, sem nenhuma ação discriminatória.

Maior acesso a cuidados especializados (psicológicos, psiquiátricos, terapêuticos, laborais) e ações de promoção à saúde devem fazer parte da agenda prioritária das ações de saúde desenvolvidas no cárcere. É preciso que o Estado assuma seu papel para além do seu caráter punitivo, reconhecendo e efetivando os princípios de cidadania e dignidade que devem estar presentes mesmo em espaços punitivos.

Por fim, esperamos que este estudo contribua para o debate sobre a saúde das prisões no Brasil e estimule a realização de novas investigações com a finalidade de ampliar o conhecimento sobre a experiência prisional e suas relações com a saúde mental. ■

## Referências

AGAMBER, G. *Homo sacer, o poder soberano e a vida nua – I*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2002.

ALMEIDA, K. M. *Metáforas de um pena capital: um estudo sobre a experiência prisional e suas relações com a saúde mental das presidiárias*. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 1998.

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Fran-

co Basaglia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 61-77, jul.-out. 1994.

BECKER, H. S. *Falando da sociedade: ensaios sobre as diferentes maneiras de representar o social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

BIRMAN, J. *Psiquiatria e Sociedade*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Vol. 31, nº 4, 2003.

- BRASIL. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 de Julho de 1984.
- CANAZARO, D.; ARGIMON, I. I. L. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1323-1333, jul. 2010.
- CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL (Brasil). *Censo Carcerário do Brasil*. Brasília: Fundação SEADE/DEPEN, 2008.
- \_\_\_\_\_. *Censo Carcerário do Brasil*. Brasília: Fundação SEADE/DEPEN, 2010.
- FRANÇA, F. Reflexões sobre psicologia jurídica e seu panorama no Brasil. *Psicologia Teoria e Prática*, São Paulo, v. 6, n. 1. 2004.
- FROMM, E. *Psicanálise da sociedade contemporânea*. 9. ed. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1979.
- GUEDES, M. A. Intervenções Psicossociais no Sistema Carcerário Feminino. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 26, n. 4, p. 558-569, 2006.
- GUNTER, D. T. et al. Frequency of Mental and Addictive Disorders Among 320 Men and Women Entering the Iowa Prison System: Use of the MINI-Plus. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Bloomfield, v. 36, p. 27-34.
- INTERNATIONAL CENTRE FOR PRISON STUDIES (ICPS). *World Prison Brief*. Disponível em: <<http://www.prisonstudies.org>>. Acesso em: 13 nov. 2012.
- JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus tratos a criança. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 227-235, 2003.
- LEMGRUBER, J. *Cemitério dos vivos: análise sociológica de uma prisão de mulheres*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1999.
- MEIHY, J. C. S. B. *Manual de história oral*. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- MORAES, P. A. C.; DALGALARRONDO. Mulheres encarceradas em São Paulo: saúde mental e religiosidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 50-56, 2006.
- ROTELLI, F. A instituição inventada. *Revista Per la salute mentale/ For mental health*, Venezia, v. 1, n. 88, p. 89-99, 1990.
- SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.
- TYE, S. C.; MULLEN, E. P. Mental Disorders in Female prisoners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Malden, v. 40, p. 266-271, 2006.
- WALMSLEY, R. *World Prison Population List*. 8th ed. London: King's College London, 2009.
- WRIGHT, B. et al. Psychiatric morbidity among women prisoners newly committed and amongst remanded and sentenced. *Irish Journal of Psychological Medicine*, Cambridge, v. 23, n. 2, p. 47-53, 2006.

---

Recebido para publicação em abril/2013

Versão final em junho/2013

Conflito de interesse: não houve

Suporte financeiro: inexistente

# Concepções dos profissionais da atenção básica à saúde acerca da abordagem da violência doméstica contra a mulher no processo de trabalho: necessidades (in)visíveis

*Primary health care professionals' conceptions about domestic violence against women in the labor process: (in)visible necessities*

Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas<sup>1</sup>, Maria Helena Barros de Oliveira<sup>2</sup>, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP). Professora Assistente IV do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba – DESPP/CCS/UFPB. [waglaniafreitas@ensp.fiocruz.br](mailto:waglaniafreitas@ensp.fiocruz.br)

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Pesquisadora Titular da Fundação Oswaldo Cruz e Coordenadora do Grupo Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (DIHS/ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [mhelenbarros@globo.com](mailto:mhelenbarros@globo.com)

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora Associada IV da Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa (PB), Brasil. [anaterzaprof@gmail.com](mailto:anaterzaprof@gmail.com)

**RESUMO** Este texto procura analisar o conteúdo da conferência proferida pelo professor baiano Jairnilson Paim, no IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado em Recife (PE), em 2009. Traz à baila discussões sobre a importância do pensamento utópico na definição de um novo paradigma no campo da pesquisa acadêmica, proposto por diversos autores, visando à práxis em favor da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do resgate de princípios e condutas que nortearam o processo da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), como conquistas da sociedade organizada.

**PALAVRAS CHAVE:** Utopia; Reforma Sanitária; Práxis, Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** This text looks for to analyze the content of the conference pronounced for the bahian professor, Jairnilson Paim, in IX the Brazilian Congress of Collective Health, carried through in Recife (PE), in 2009. Evidences the current debate on the importance of the utopian thought in the definition of a new paradigm in the field of the academic research, considered for diverse authors, aiming at the praxis for the consolidation of the Brazilian Health System and of the rescue of principles and behaviors that had guided the process of Brazilian Sanitary Reform (RSB), as conquests of the organized society.

**KEYWORDS:** Utopia, Public Health Reform, Praxis, Unified Health System.

## Introdução

A categoria *gênero* associada à classe social e à raça contribui para a solidificação das desigualdades e para a delimitação assimétrica do espaço a ser ocupado por homens e mulheres na sociedade, com desvantagens para a mulher.

Pela lógica androcêntrica, as divisões das coisas e das atividades seguem um esquema de pensamento baseado na oposição entre o masculino e o feminino, de modo que a divisão entre os sexos está na 'ordem das coisas' ao explicar o que é normal, natural e inevitável, agregando aos corpos e ao *habitus* dos agentes um reconhecimento de legitimação (BOURDIEU, 2002).

Nessa perspectiva, a opressão de gênero é constituída como um fenômeno produzido socialmente por meio de argumentos que parecem explicar biologicamente um fato que tem natureza social, de modo que as mulheres são reconhecidas como 'naturalmente', (categoria biológica) frágeis, necessitando de 'proteção' (categoria sociológica) do outro, biologicamente mais forte.

Dessa forma, a força da ordem masculina que estrutura a ordem social androcêntrica não precisa ser justificada para ser aceita. Esta força é concebida como neutra e estrutura esquemas de pensamentos objetivos no modo de agir e ser na sociedade, bem como esquemas subjetivos na forma de perceber e apreciar o mundo a partir do espaço social que cada um ocupa, constituindo-se uma 'matriz de percepções e apreciações' presente nos espaços públicos e privado (BOURDIEU, 2002).

Entre os espaços públicos de reprodução de desigualdades, o campo da saúde compreende um lócus onde se expressam as necessidades de saúde. Neste, os processos de trabalho existem para apresentar respostas sociais a necessidades que se manifestam, na maioria das vezes, apenas como problemas de saúde, desconsiderando os aspectos sociais que os determinam.

Esses problemas de saúde geram dano físico, psicológico e riscos, entre outros aspectos, que demandam por consultas, hospitalizações, informações, encaminhamentos e exames no setor saúde, sem, contudo, atenderem à concepção ampla de saúde, por terem o caráter biológico e prescritivo como central em detrimento dos determinantes sociais da doença, que geram vulnerabilidades mais relacionadas às questões de

gênero do que a fatores biológicos (BRASIL, 2004). Isso implica em um processo de cuidado que contemple a abordagem de gênero e supere o modelo técnico-biológico ancorado na história natural da doença.

Decerto, há diferenças entre problemas e necessidades de saúde. Enquanto aqueles se referem a carências, as necessidades são compreendidas 'como aquilo que precisa 'necessariamente' ser satisfeito para que um ser continue sendo um ser' (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 34). Neste sentido, mais do que carências, necessidades 'expressam a ideia de projeto, porquanto o trabalho humano justifica o atendimento de uma necessidade radical' (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 40). Esse modo de compreender as necessidades sociais de saúde revela-se mais como uma exigência da realidade do que como a opção por uma reflexão teórica, que aponta para a pertinência de estruturar conhecimentos e habilidades que conformem competências profissionais organicamente vinculadas às exigências dos novos tempos (MENDES-GONÇALVES, 1992). Isso implica considerar que as necessidades humanas são fruto do processo histórico e econômico da formação social, que geram processos de trabalho para atender tais necessidades.

Nesse enfoque, o trabalho é compreendido enquanto práxis, momento de síntese da teoria e da prática que se materializa por meio de processos, ações concretas no cotidiano dos serviços. Trata-se de uma categoria que dá centralidade ao ser humano ao envolver a formação do ser humano social como a base da sociedade, constituída pelos aspectos econômicos, políticos e estruturais (SILVA; BARROS, 2005).

O processo de trabalho em saúde estudado por Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1992, 1994) enuncia que a ideia de trabalho envolve três elementos articulados que conformam a categoria processo de trabalho: 1) a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; 2) a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; e 3) os meios de trabalho, o instrumental de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992).

No campo da saúde, o processo de trabalho é o pilar no qual as práticas em saúde se efetivam como práticas sociais. Nesta perspectiva, os processos de trabalho em saúde configuram um nível técnico-operacional

para a realização de projetos político-institucionais relacionados ao sistema de saúde com fins a atender às necessidades da sociedade, sendo atravessados por conflitos e contradições que afastam a possibilidade de considerá-lo como um campo neutro.

Portanto, pensar os processos de trabalho em saúde como processos políticos para atender necessidades de saúde das mulheres requer considerar a visão de mundo dos profissionais em relação às questões de gênero, uma vez que essa posição influencia a seleção de conteúdos que orientam as práticas profissionais. No cotidiano dos serviços de atendimento à saúde da mulher, as concepções de gênero correspondem a um instrumento de trabalho: a *saber* que orienta e dá qualidade às práticas profissionais na atenção à mulher em situação de violência.

No sentido de analisar os avanços e limites conquistados relacionados aos processos de trabalho, pela verificação da aplicação de conteúdos da abordagem de gênero nas práticas profissionais na atenção à mulher em situação de violência, este estudo assume importância porque objetivou investigar como as concepções de gênero contribuem para a produção do cuidado à mulher em situação de violência de gênero no município de João Pessoa (PB).

Nesses serviços, a função social é determinada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelos fundamentos filosóficos dos direitos humanos, entre eles o princípio da dignidade humana, o qual permite a uma pessoa afirmar sua condição humana e participar plenamente da vida (PEQUENO, 2008).

Defendemos a necessidade de acionar os profissionais de saúde da atenção básica para pensarem a violência de gênero como fenômeno que gera necessidade social e não apenas como um problema de saúde, por compreendermos que as visões de mundo dos sujeitos envolvidos no trabalho influenciam a eleição de saberes para a efetivação das práticas profissionais.

Compreendemos que a articulação das diversas áreas do saber constitui um enfoque de análise necessário à efetivação da política de saúde da mulher, por meio de práticas profissionais potentes para a transformação da atenção à saúde da mulher, situação que pode ser exequível quando se recorrer à crítica aos saberes

tradicionais, que constituem um dos instrumentos de trabalho insuficientes e em desacordo com a perspectiva da atual política de saúde da mulher.

## Considerações teórico-metodológicas

Elegemos o enfoque qualitativo para refletir sobre a práxis da atenção à saúde da mulher, com recorte nas concepções que constituem instrumentos do processo de trabalho, na atenção à mulher em situação de violência de gênero na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de João Pessoa (PB).

A reflexão sobre a práxis enquanto atividade concreta pela qual os sujeitos transformam a si próprios e a realidade é produto de condicionantes históricos e sociais que possibilitam a manutenção ou a transformação da consciência a fim de transformar as condições existentes (FREITAS, 2005). Portanto, o olhar sobre a práxis contribui para o autoquestionamento da teoria que a subsidia, por ser esta quem remete à ação e ao desafio de verificar na prática os acertos e desacertos (KONDER, 1992), bem como sua superação para alcançar uma prática ancorada nos determinantes sociais da saúde.

A eleição metodológica do processo de trabalho justifica-se pelo pressuposto de que a efetivação da política de enfrentamento à violência contra a mulher se concretiza a partir das práticas profissionais cotidianas nos serviços de saúde.

O material empírico é fruto de entrevistas semiestruturadas aplicadas a 11 profissionais (2 homens e 9 mulheres) de um serviço da ESF pertencente ao IV Distrito Sanitário de Saúde do Município de João Pessoa (PB), distribuídos entre as seguintes áreas de atuação: enfermagem, medicina, odontologia, técnica de enfermagem, agente de saúde bucal, agente comunitário de saúde, vigilante, auxiliar de farmácia, auxiliar de limpeza e apoiador matricial.

Os depoimentos extraídos das entrevistas foram analisados pela técnica de análise crítica do discurso (FIORIN, 2005), pela qual é possível identificar a visão de mundo dos sujeitos que se manifestam discursivamente no interior da sociedade, que reproduzem



ou rompem com a ideologia dominante. Dessa forma, o discurso se materializa pela linguagem e é veiculado pelo texto, sendo ele uma construção social, e o texto, uma produção individual organizada por palavras e expressões para veicular a visão de mundo do sujeito.

Com base nesse referencial, o primeiro momento da análise do estudo correspondeu à transcrição das entrevistas, bem como à impressão e à leitura dos textos. No segundo momento foi realizada a identificação de temas relativos aos conteúdos de gênero, a saber: naturalização da violência contra a mulher, culpabilização pela violência sofrida, estratégias profissionais para o enfrentamento da violência contra a mulher, emancipação financeira e sua relação com a violência.

Seguindo a orientação metodológica, os textos temáticos foram posteriormente decompostos e organizados em dois diferentes blocos de significados, por coincidência/divergência temática: um que sintetizou as possibilidades e outro que sintetizou os limites apresentados pelos processos de trabalho para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher no cenário deste estudo. Esses blocos de significado orientaram a construção da categoria empírica 'Contribuição das práticas profissionais para a emancipação ou opressão da violência contra a mulher', que foi relacionada à literatura pertinente, para ancorar as posições sociais nela reveladas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ CEP/ENSP/FIOCRUZ, sob protocolo nº 261/11.

## Resultados e discussão

A violência doméstica contra a mulher indica as profundas desigualdades entre os sexos e as condições sociais desfavoráveis das mulheres ao longo da história. Por impactar a saúde física e mental das mulheres, a violência contra a mulher é reconhecida como uma questão de saúde pública, sendo um tema inserido na agenda da saúde, especialmente na política de saúde destinada às mulheres. A efetivação da política se realiza por meio de processos de trabalho, nos serviços públicos de saúde, entre eles a Estratégia Saúde da Família, cenário deste estudo.

No tocante ao processo de trabalho em saúde, a compreensão das práticas em saúde – meios e modos como o trabalho se efetiva – são refletidas enquanto práticas sociais, de modo que o que se efetiva no campo da saúde se reflete no campo social. As ações, instrumentos e técnicas que configuram cada uma das práticas não se situam fora da dimensão social, política, econômica, cultural e ética das sociedades. Ao contrário, as práticas em saúde são o social no campo da saúde de modo que cada. Neste contexto, os objetos do processo de trabalho sobre os quais incide a ação profissional são resultados dos recortes técnico-sociais na leitura das necessidades de saúde realizadas por cada profissional (PEDUZZI *et al.*, 2011).

Com base nesta reflexão, as práticas em saúde englobam a complexidade da dinâmica social, por suas articulações necessárias com as políticas públicas, tanto para sua organização interna como para os processos de trabalho institucionalizados – que necessitam buscar outros saberes, compartimentados e fragmentados nas diversas especialidades e ciências que intersectam com a saúde – quanto em relação a seus aspectos externos, na qualidade de mediadoras das políticas sociais que precisam oferecer respostas aos diferentes interesses político-ideológicos dos grupos sociais de uma determinada conjuntura sócio-histórica.

Neste contexto, as posições sociais veiculadas pelos discursos dos homens e mulheres trabalhadores entrevistados sobre o objeto estudado, a abordagem de gênero no saber que constitui um dos elementos do processo de trabalho na atenção à saúde da mulher em situação de violência doméstica, revelou uma práxis ancorada na explicação naturalista dos gêneros, na qual as qualidades sociais ganham status de biológicas para justificar a opressão sofrida pelas usuárias.

*Ela é mais fraca. Desde que o mundo é mundo, os homens acham que as mulheres são mais fracas. Eles não vão bater em um homem! O que eles querem fazer, eles fazem nas mulheres (E1).*

*É a dependência da mulher com aquela pessoa... Engravidam, apanham e não querem*

*denunciar... Ficam dependendo deles. Aí, só sobra pra elas (E2).*

*Eu acho que, em qualquer canto, você deve orientar e conscientizar essas mulheres que existe lei, muito embora elas não queiram tomar aquela providência (denúncia). Mas, pelo menos, fica consciente que tem e que vai depender da iniciativa dela (E3).*

*Elas apanham e no outro dia está do mesmo jeito. Então, parece que já virou normal pra elas (E6).*

*Violência sempre teve, sempre existiu. Hoje a gente escuta mais... Mas, não é novidade, não. Sempre teve (E7).*

*Umas apanham, mas não dizem que apanham, e fica difícil d'a gente detectar [...] então, como ajudar?(E8).*

*Elas preferem apanhar... Elas dizem: Eu vou apanhar e vou sair pra onde? Elas apanham e ficam porque depois elas recebem um pouco de carinho, presentes, dinheiro (E9).*

*Isso é muito particular da mulher [...] é muito pessoal deles. No dia que ela achar que tá demais, ela mesma pega o caminho da delegacia ou se separe! Não dá pr'a gente se envolver nisso não! (E10).*

Nesses depoimentos, as concepções dos profissionais sobre violência doméstica contra a mulher apresentam conteúdos, proposições e argumentos do modelo tradicional de atenção à mulher, que a perspectiva emancipatória pretende superar. A visão de mundo veiculada enuncia a concepção da violência contra a mulher como uma questão do âmbito privado, naturalizada pela condição do ser mulher, portanto, à parte das necessidades a serem atendidas no trabalho em saúde.

Essa visão de mundo, que elege a explicação hegemônica sobre a naturalização essencial do feminino

e do masculino para justificar a opressão sofrida pelas usuárias, constitui uma espécie de ideologia que subverte a compreensão da realidade essencial do ser humano e interdita a igualdade no âmbito da diversidade. A esse discurso naturalista opõe-se o que afirma que a humanidade do ser humano é construída nas relações sociais (CHAUÍ, 1985). Essa última compreensão pressupõe que os fenômenos sociais sejam produtos da ação humana e possam ser por ela transformados.

Dessa maneira, o saber que orienta os processos de trabalho no serviço investigado apresenta-se ainda limitado pela concepção de cuidado baseada na história natural da doença, o que dificulta o alcance da saúde integral da mulher, pois não considera que a violência é um fenômeno complexo, que não se limita a ações individuais. Ao contrário, por ser um fenômeno social, as práticas profissionais necessitam de ações coletivas para a garantia dos direitos humanos das mulheres e das pessoas ao seu entorno.

O caráter hegemônico veiculado nos discursos tanto dos profissionais do sexo masculino quanto do sexo feminino enunciam que a reprodução da desigualdade de gênero é veiculada independentemente do sexo e da categoria profissional (nível de instrução).

As relações de poder e, portanto, as desigualdades estão inscritas nos corpos masculinos e femininos como naturais de modo que o capital cultural no qual a identidade subjaz define, no campo social, quem será dominante e quem será dominado (BOURDIEU, 2002). Apropriados dessa visão de mundo, homens e mulheres ancorados no capital cultural inculcam e reproduzem a concepção de que a mulher é menos capaz, necessitando de proteção do homem.

Por outro lado, o discurso hegemônico, sem a distinção do sexo dos participantes, enuncia também que os modelos de gênero se constroem a partir da perspectiva relacional, de modo que o que se apresenta como masculino só tem sentido a partir do feminino, fazendo com que as identidades se firmem à 'medida que ocorram aproximações e afastamentos em relação ao padrão que concentra maior poder na cultura' (GOMES, 2008 p. 237). Com efeito, os referenciais de desigualdade de gênero também se reproduzem pelas mulheres, quando

elas concebem a ordem social androcêntrica e patriarcal como sendo a ordem naturalmente aceitável.

Outro aspecto analisado nos depoimentos trata da distância entre o que está proposto na política de atenção à mulher em situação de violência e o que se efetiva no cotidiano dos serviços. Mudaram-se os serviços, mas os processos de trabalho ainda permanecem centralizados no modelo de saúde pública tradicional, cuja base é o modelo naturalista de intervenção-cura. O reconhecimento das desigualdades de gênero para a promoção da equidade compreende um dos desafios do SUS e uma meta a ser alcançada, de não apenas tratar agravos, mas de produzir saúde enquanto direito humano.

Concordamos com Almeida *et al.* (2011) sobre a efetivação do processo de trabalho com potencial para superar a opressão de gênero: é necessário que o profissional tenha formação de caráter político para além da dimensão curativa do processo de trabalho, trazendo para si parte da responsabilização da transformação social da opressão de gênero. Ainda nesta seara, Paim (2012) argumenta sobre a importância de constituir sujeitos políticos com potencial para questionar a não garantia do direito à saúde, as iniquidades e as relações de subordinação como construção social, com potencial para transformar essas questões em luta por uma saúde de acesso universal, como almejam as mulheres em situação de violência.

Ademais, considerando entre os significados do termo política aquele que implica em um conjunto de intenções e práticas (CHAUI, 2011), argumentamos que, ao plano teórico das intenções que se anunciam como medidas de governo e de Estado, no que se refere a um novo modo de compreender as mulheres na sociedade brasileira, deve corresponder um plano concreto de ações, que se revela nos processos de trabalho das instituições públicas de atenção à mulher.

Portanto, reconhecer as necessidades de saúde das mulheres em situação de violência é central para a organização do cuidado nos serviços e para a transformação da práxis no campo da saúde, tendo em vista que a violência contra a mulher é um fenômeno que também determina necessidades (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009). Isso implica em ações que não se limitem à cura da lesão, mas compreendam a complexidade que

envolve o fenômeno da violência com agravos para a saúde mental e física das mulheres, pois a ausência de sofrimento físico não significa ausência de sofrimento (PARENTE; NASCIMENTO; VIEIRA, 2009). A não verbalização do sofrimento da mulher e a desconsideração da violência como problema de saúde pública levam mulheres usuárias a viverem anos em sofrimento por não reconhecerem na atenção básica um espaço de acolhimento para a verbalização da violência e de busca de empoderamento para superarem a opressão de gênero decorrente da violência vivida.

Tendo em vista que essa correspondência não foi encontrada nos discursos dos sujeitos, inferimos que no trabalho em saúde na atenção à mulher em situação de violência doméstica ainda predominam ações individuais, com foco na violência como um problema do espaço privado. Contudo, identificamos um esforço dos profissionais no sentido de fazer parecer que a prática profissional procura atender a uma nova intenção da política. Mas, essa tentativa resulta apenas em uma atualização no discurso da política tradicional, em uma tentativa de adequá-lo aos novos tempos, que, por falta de prática que lhe corresponda, constitui uma espécie de modernização conservadora, como é possível identificar nos seguintes depoimentos:

*A equipe pode ajudar, e muito. Eu vejo muitos casos aqui... Vários de urgência, que os profissionais levam pra o hospital, pra delegacia (E4).*

*Eu acharia que deveria orientar para procurar a delegacia. Porque, assim, ninguém merece sofrer violência doméstica nos tempos de hoje. Antigamente, se admitia, mas hoje, com tanta informação, eu acho que não admite mais sofrer esse tipo de violência (E1).*

*Não é fácil falar da violência... Eu tento puxar alguma conversa... Tiro uma brincadeira... O que elas querem é um suporte! Mas, a gente não tá preparado para lidar com essa situação [...] Muitas vezes, passam despercebidas (E5).*

O caráter prescritivo e individual da denúncia, a menor importância dada à experiência da violência pelas mulheres, informam a visão de mundo que vitimiza a mulher. Esse modo de compreender o fenômeno da violência dificulta a percepção dessa mesma violência como um problema social que gera agravos a todos que estão no entorno da mulher em situação de violência, configurando-se como um problema de saúde pública que pede outros instrumentos, novas articulações intersetoriais com os serviços que compõem a rede de atenção.

A qualidade conservadora identificada nos discursos dos sujeitos, a falta do reconhecimento da violência enquanto necessidade que o trabalho em saúde deve atender denuncia a dificuldade do profissional em problematizar a violência de gênero contra a mulher a partir da desigualdade social de poder. Desse modo, o trabalho baseado, sobretudo, no saber técnico, realiza-se sem perspectivas de transformar o *status quo*, visto que o impacto da ação proposta não contribui para o empoderamento da categoria *mulher* na sociedade.

Sobre essa reflexão, Villela (2009) explica que, sendo a identidade de gênero um dos eixos de estruturação da vida humana e, portanto, dos profissionais de saúde, a incorporação da dimensão de gênero nas políticas, planos e programas é lenta, visto que uma categoria de interpretação da realidade não se traduz facilmente em ações programáticas no cotidiano dos serviços. Por conseguinte, não é bastante ter uma política de enfrentamento à violência enquanto alcance da equidade, mas é preciso tomar o gênero como categoria analítica para compreender necessidades, em especial, as necessidades das mulheres em situação de violência.

Sob esse mesmo ponto de vista, para o enfrentamento dos problemas de saúde da mulher em situação de violência doméstica, há de se considerar ações intersetoriais e transdisciplinares que contribuam para a comunicação intersetorial, para tomadas de decisões e para ações que impactem coletivamente nesse enfrentamento (LUCENA *et al.*, 2012). A prática coletiva de ações voltadas ao enfrentamento da violência favorece a construção de redes intersetoriais e vínculos entre profissionais e usuários, contribuindo, de modo efetivo, para a superação da opressão de gênero. Estudos como o desenvolvido por D'Oliveira *et al.* (2009) e Hanada;

D'Oliveira; Schraiber (2010) apontam para a importância de se redefinir instrumentos, materiais e saberes para o trabalho cotidiano dos profissionais na atenção básica. Estes novos instrumentos levam em consideração a subjetividade da mulher frente à violência e os determinantes sociais e culturais que a amparam ou suavizam esse fenômeno.

O esforço para identificar e superar as contradições entre as intenções da política e a sua materialização, por meio das práticas profissionais, constitui um dos desafios do processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência, na perspectiva da emancipação da opressão de gênero.

A proposta política atual é um avanço para o alcance do conceito ampliado de saúde, porém, somente a intenção não é o bastante para a transformação da práxis. A promoção da saúde demanda a compreensão de saúde como um campo relacional de conhecimentos e práticas de promoção a partir do conjunto das inter-relações entre seus elementos, e não como um somatório de princípios, estratégias e ações. Neste sentido, conhecer esses elementos -teorias, referenciais, serviços e atores envolvidos na trama dessas inter-relações e como eles se modificam e se reafirmam para a formação de redes intersetoriais é fundamental para o enfrentamento à violência contra a mulher enquanto problema de saúde coletiva.

Nos depoimentos há indicativos de interesse dos profissionais entrevistados em superar a perspectiva curativa presente no saber que norteia o processo de trabalho em saúde. Esse interesse indica a teleologia que o trabalho em saúde possui, ao sinalizar para a dialética entre a prática preventiva e a promoção da saúde.

Por outro lado, a promoção da saúde implica em ações coordenadas de diferentes esferas de governo com o setor de saúde, bem como na participação de outros setores e atores sociais e da própria comunidade. A necessidade de *suporte* – aqui traduzida como fortalecimento da rede de atenção à mulher em situação de violência –, a não admissão em *sofrer violência* e o reconhecimento da falta de *preparo profissional para lidar com a violência* presentes nos depoimentos partem do reconhecimento da insuficiência do modelo biológico com foco na responsabilização individual para responder ao processo de sofrimento e ao consequente

adoecimento. Essa concepção remete à ideia de compreender os fenômenos sociais e biológicos em uma relação dinâmica na qual um vai atuar no outro produzindo agravos ou potencialidades para superar a medicalização e a psicologização da violência (HANADA; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2010).

Embora tenha predominado a concepção naturalista do adoecimento na maioria dos depoimentos, essa predominância ocorreu, principalmente, quando se questionou sobre as concepções de gênero, sobre a violência contra a mulher, sobre a atenção às necessidades ou aos problemas de saúde em decorrência do tema e sobre o impacto desse fenômeno na saúde da mulher.

A constatação dessa realidade justifica a análise sobre os desafios e as possibilidades de mudanças qualitativas dos serviços e processos de trabalho de saúde, considerando que os serviços realizam as intenções da política por meio de práticas profissionais ou processos de trabalho estéreis/potentes para a transformação do *status quo*.

Sob este olhar, a prevenção e o combate à violência exigem, como política pública, o diálogo e a articulação de diferentes serviços em uma rede integrada de atenção à mulher que vive em situação de violência, bem como a resignificação das práticas profissionais a ela destinadas. Este enfoque considera que as visões de mundo do sujeito ancoradas em referenciais de gênero influem na escolha de conceitos para a prática profissional e no modo como os profissionais concebem suas próprias identidades sociais.

No tocante à atenção à mulher vítima de violência, a escuta qualificada às mulheres em situação de violência de gênero, o acolhimento no serviço, o respeito à cidadania e a articulação entre os diferentes serviços em uma rede integrada de atenção à mulher constituem um primeiro passo para a superação do modelo tradicional de atenção à saúde (HANADA; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2010; D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Desse modo, o trabalho em rede tem como pressuposto o conhecimento do trabalho do outro, o conhecimento do próprio trabalho, a interação dos trabalhadores e a articulação das ações a fim de promover a efetivação dos direitos humanos das mulheres. Este conhecimento permite caracterizar a política de atenção

intersetorial, considerando a complexidade que caracteriza a violência como objeto de intervenção.

Outrossim, a rede básica de saúde é compreendida como 'a porta de entrada' do serviço municipal público de saúde, por meio da ESF. Isso significa que a rede básica de saúde tem, pelo menos, duas finalidades: oferecer respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde, e constituir-se como serviço no setor terciário da economia (PAIM, 2006).

Com base nessa realidade, a rede básica comporta a compreensão de *lugar social* para a realização de ações individuais e coletivas de saúde, por meio de processos de trabalho, como práticas sociais relacionadas ao atendimento de necessidades sociais em saúde decorrentes da experiência de viver cotidianamente a existência em todas as suas dimensões – a biológica, a social etc. Entre as responsabilidades da atenção básica encontra-se a de executar ações de saúde da mulher por meio de processos de trabalho com potencial emancipatório da opressão de gênero (BRASIL, 2001).

Para a superação do modelo clássico de atenção à saúde da mulher, a proposta do SUS incorpora um conceito de saúde ampliado, que comporta a perspectiva dos determinantes sociais da saúde, na qual o ser humano é compreendido como sujeito que se determina, também, na esfera da vida social, e cujo adoecimento é fruto da simbiose entre a dimensão social, o ambiente onde o sujeito está inserido e a dimensão biológica. Pensar essa inter-relação é reconhecer a existência das inequidades e os meios para superá-las, além de promover a saúde em seu máximo potencial.

Aplicado à atenção à mulher é eleger a compreensão da determinação histórica, social e cultural que a violência infere à vida das mulheres, no saber que subsidiaria o processo de trabalho, a fim de construir novas práticas e reorientar serviços para o alcance da superação da desigualdade de gênero.

Diante destas considerações, verifica-se a transversalidade das questões de gênero, enfoque que coloca as questões de saúde da mulher como responsabilidade do Estado na qualidade de definidor de políticas públicas para seu enfrentamento e executor dessas políticas por meio de processos de trabalho nos serviços de saúde.



## Considerações finais

A violência contra a mulher é uma questão que se caracteriza como um grave problema de saúde pública, por provocar sofrimento e adoecimento, devendo ser enfrentado devido a sua magnitude e transcendência.

Nesse sentido, o campo da saúde representa um setor da atenção primordial para a superação da opressão de gênero da qual a violência contra a mulher faz parte.

Contudo, o que se configura como política pouco se reproduz no cotidiano dos processos de trabalho em saúde. Esses processos de trabalho em saúde, as intenções da política de atenção à mulher em situação de violência e as práticas efetivadas no cotidiano dos serviços seguem caminhos distintos, com aproximações e distanciamentos.

As intenções políticas têm uma aproximação com os determinantes sociais do processo saúde-doença, no qual a violência contra mulher está inscrita, enquanto que as práticas que se efetivam por meio de processos de trabalho permanecem ancoradas na perspectiva doença-cura do modelo de assistência tradicional.

Nesta concepção, o campo da saúde compreende um campo social estratégico para o enfrentamento da violência, especialmente na atenção primária, por seu caráter de lugar social. Entretanto, a compreensão do enfrentamento da violência como objeto do trabalho em saúde – portanto, com uma teleologia para transformar a situação de opressão em emancipação – demanda novos instrumentos, atitudes e reflexões dos

profissionais sobre a violência contra a mulher como um problema de saúde pública a ser enfrentando, também, pelos profissionais da saúde.

A qualidade emancipatória da opressão de gênero, enquanto direito humano da mulher, ainda se apresenta na perspectiva das conquistas de direitos e de satisfações sociais de saúde ainda não alcançadas e nas práticas profissionais de saúde, especificamente nos processos de trabalho da ESF.

Dessa maneira, destacamos a importância de serem consideradas as concepções de gênero dos profissionais sobre a violência contra a mulher, na construção de novas formas de se fazer o trabalho a fim de superar as concepções focadas no modelo biologicista de intervenção individual.

As práticas profissionais em saúde estão transversalizadas pelas visões de mundo dos sujeitos, nas quais se incluem as concepções de gênero. Logo, o processo de trabalho da ESF, que é parte da atenção primária, pode oferecer respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde das mulheres em situação de violência, desde que, nos instrumentos, sejam consideradas a complexidade da concepção da violência doméstica contra a mulher dos profissionais e sua relação com o enfrentamento da violência; a necessidade de estabelecer articulações entre setores fora da saúde, a exemplo da educação e da assistência social; e a importância de refletir sobre a noção de comunidade, entendida como sujeito coletivo de ações para a promoção da saúde.

---

## Referências

ALMEIDA, L. R. *et al.* A violência de gênero na concepção dos profissionais de saúde da atenção básica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p. 396-404, jul./set. 2011.

BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano nacional de políticas para mulheres*. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização de Assistência à saúde: aprofunda a descentralização com equidade no acesso*. NOAS-

SUS 01/01. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 (Série A Normas e Manuais Técnicos).

CHAUÍ, M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. 13. ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2011.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CARDOSO, R.; PAOLI, M.C. (Org.). *Perspectivas antropológicas da mulher* n. 4, Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p. 23-62.

D'OLIVEIRA, A.F. P. L. *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para atenção



primária em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, 2009. p. 1037-1050.

FIORIN, J. L. *Elementos de análise do discurso*. 13. ed. São Paulo: Contexto-Edusp, 2005.

FREITAS, M. A. S. Práxis pedagógica e professores intelectuais: refletindo as tensões e concepções da formação/prática docente. *Práxis Educacional*, n. 1, 2005. p. 135-150.

GOMES, R. A dimensão simbólica da violência de gênero: uma discussão introdutória. *Athenea Digital*, v. 14, n. 2, 2008. p. 237-243.

GUEDES, R. N.; SILVA, A. T. M. C.; FONSECA, R. M. G. S. A violência de gênero e o processo saúde doença das mulheres. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 13, 2009. p. 625-631.

HANADA, H.; D'OLIVEIRA, A. F. P.; SCHRAIBER, L. B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Estudos Feministas*, v. 18, n. 1, 2010. p. 33-59.

KONDER, L. *O futuro da filosofia da práxis*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

LUCENA, K. D. T. *et al.* A abordagem de gênero no contexto do trabalho na ESF do município de João Pessoa (PB). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, jul./set. 2010. p. 456-466.

LUCENA, K. D. T. *et al.* Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, 2012. p. 1111-1121.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. 1992. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: HUCITEC, 1994.

PAIM, J. S. *Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2006.

\_\_\_\_\_. Atenção primária à saúde: uma receita para todas as estações? *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, jul./set. 2012. p. 343-347.

PARENTE, E. O.; NASCIMENTO, R. O.; VIEIRA, L. J. E. S. Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher por um grupo de mulheres após denúncia. *Estudos Feministas*. v. 17. n. 2, 2009. p. 445-465.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis*: Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2011.

PEQUENO, M. J. P. O fundamento dos direitos humanos. In: ZENNAIDE, M. N.; GUERRA, L. F. (org.). *Direitos Humanos: capacitação de educadores*. v. 1, 2008. p. 23-28. Disponível em: <[http://www.redhbrasil.net/documentos/biblioteca\\_on\\_line/modulo1/2.fun-damento\\_dos\\_direitos\\_humanos\\_marconi.pdf](http://www.redhbrasil.net/documentos/biblioteca_on_line/modulo1/2.fun-damento_dos_direitos_humanos_marconi.pdf)>. Acesso em: 14 set. 2011.

SILVA, A. T. M.; BARROS, S. O trabalho de enfermagem no Hospital Dia na perspectiva da reforma psiquiátrica em João Pessoa – Paraíba. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 39, n. 3, 2005. p. 310-316.

VILLELA, W. V. Relações de gênero, processo saúde-doença e uma concepção de integralidade. *BIS: Boletim do Instituto de Saúde*, v. 48, 2009. p. 26-30. Disponível em: <[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122009000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000300005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 14 set. 2011.

---

Recebido para publicação em junho de 2013

Versão definitiva em dezembro de 2013

Suporte financeiro: CNPq, protocolo nº 402349/2010-5

Conflito de interesse: inexistente

# A vivência das profissionais do sexo

*The experience of sex workers*

Laécia Lizianne de Paiva<sup>1</sup>, Janieiry Lima de Araújo<sup>2</sup>, Ellany Gurgel Cosme do Nascimento<sup>3</sup>, João Carlos Alchieri<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) - Pau dos Ferros (RN), Brasil. lizianne\_2@hotmail.com

<sup>2</sup> Mestre em Cuidados Clínicos da Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) - Fortaleza (CE), Brasil. Professor da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) - Pau dos Ferros (RN), Brasil. janieiry@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil. Professora da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) - Pau dos Ferros (RN), Brasil. ellanygurgel@hotmail.com

<sup>4</sup> Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil. jcalquieri@gmail.com

**RESUMO:** Estudo qualitativo, de caráter exploratório, envolvendo 10 profissionais do sexo feminino, realizado em Pau dos Ferros/RN. Aplicou-se entrevista semiestruturada. Buscou-se conhecer a prática sexual, analisar a vulnerabilidade e avaliar as necessidades em saúde das profissionais do sexo. A partir da análise de conteúdo, categoria temática, percebe-se a atividade como profissão, já que as entrevistadas atuam no ramo da prostituição pela renda gerada. Foi avaliado que a aceitação da família é um obstáculo e que as visitas à unidade de saúde se resumem a consultas ou à coleta de Papanicolau. É importante que se programem ações que promovam a melhoria do conhecimento em saúde, os direitos e deveres em saúde e cidadania, proporcionando uma melhora na assistência prestada a essa categoria profissional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Profissionais do sexo; Saúde da Mulher; Assistência Integral à Saúde

**ABSTRACT:** *This qualitative study was exploratory, involving 10 female professionals in Pau dos Ferros/RN. A semi-structured interview was applied. This research aimed to know the sexual practice, to analyze the vulnerability of female sex workers and to assess their health needs. From the content analysis, thematic category, the activity was perceived as a profession for its income generation. Family acceptance is an obstacle and visits to the health unit boils down to exams or Pap smears. It is important to program actions that improve health knowledge, rights and duties under health and citizenship, providing improved healthcare into this category.*

**KEYWORDS:** Sex workers; Women's Health; Integral Assistance to Health

## Introdução

Os relatos sobre prostituição como atividade profissional remontam à Grécia Antiga. Apesar disso, a profissão sempre sofreu diversos preconceitos, deixando suas adeptas à margem da sociedade (SCHREINER; JUNIOR; PAIM, *et al.*, 2004). No Brasil, a grande maioria da população vive em situação de miséria, com escassas oportunidades de emprego, falta de formação e carência de conhecimento profissional. Por viverem em condições pouco valorizadas, ganhando bem menos que os homens, algumas mulheres foram levadas a buscar meios mais lucrativos de vida, entre eles, a prostituição (AQUINO; XIMENES; PINHEIRO, 2010).

Quando se fala em DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis), pensa-se nas profissionais do sexo como possíveis transmissoras da infecção, pelo fato de terem uma multiplicidade de parceiros, não tomando, por vezes, os cuidados necessários para sua prevenção, como o uso do preservativo. Atualmente, sabe-se que todas as pessoas podem ser fontes de infecção, mas o cuidado com as profissionais do sexo deve ser maior, devido aos hábitos decorrentes da profissão (MOURA; PINHEIRO; BARROSO, 2009). Sob essa perspectiva, o estudo objetivou conhecer como se dá a prática sexual dessas mulheres e, mais especificamente, analisar a vulnerabilidade das profissionais e avaliar suas necessidades em saúde.

## Método

Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, realizada na cidade de Pau dos Ferros/RN, com 10 profissionais do sexo feminino, no período de 29 de maio de 2012 a 24 de outubro de 2012. Administrou-se técnica de entrevista semiestruturada, e, para análise dos dados, a análise de conteúdo, sendo este o método categorial temática. O projeto de pesquisa foi aprovado em 04 de maio de 2012 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP; número da CAAE: 0151.0.428.000-11), da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN).

## Resultados

As questões temáticas da discussão partiram das seguintes indagações: tempo de trabalho como profissional do sexo; como e quais os motivos que levaram a trabalhar como profissional do sexo; relação de convívio com a família; ocorrência de dificuldades; uso do preservativo, em especial, a camisinha masculina; quais as práticas sexuais realizadas durante o trabalho; presença de orgasmo; pretensão de mudar de profissão; assistência dos serviços de saúde e acometimento por alguma DST.

Após a coleta de dados, as gravações das entrevistas foram transcritas, redigidas e analisadas, de onde pôde-se identificar o discurso sobre as seguintes temáticas: aceitação da família e a vivência profissional; práticas sexuais permitidas; identificação das DSTs nas profissionais do sexo e adesão ao uso do preservativo; e assistência nos serviços de saúde.

A faixa etária das profissionais variou de 18 a 45 anos de idade, e a experiência profissional foi de 2 meses a 26 anos. Destaca-se que houve casos em que o início da carreira ocorreu com menos de 18 anos. Todas as entrevistadas residiam no ambiente de trabalho, entretanto, seus familiares viviam em outras cidades. O consolidado da pesquisa é relacionado na Tabela 1.

Para melhor representar o tema das respostas de algumas profissionais, selecionamos depoimentos fornecidos.

- Motivos de ingressar na profissão:

*Porque eu nunca conseguia um emprego (GIRASSOL).*

*Porque eu não tenho ninguém, nem pai, nem mãe. Ninguém! (JASMIM).*

*Assim, é por que eu gosto da brincadeira. Gosto de ficar com vários (MARGARIDA).*

*Bom, assim, vou ser bem direta, é um dinheiro fácil, não tenho outra resposta (ORQUÍDEA).*

- As dificuldades enfrentadas durante esses anos:

*Às vezes, a gente ganha alguma coisa. Às vezes, a gente consegue ganhar, outras não. Às vezes, tem cara muito ignorante, e não quer pagar a preço que a gente pede, e não querem pagar a gente. Agora, tem vez que vou fazer já sabendo quanto eu vou ganhar, porque varia de preço (CAMPÂNULA).*

*Minha mãe nunca aceitou que eu fosse isso, garota de programa. Hoje, eu sou independente. Tenho, sim. Eu vou sempre pra casa de minha mãe, porque eu só tenho mãe. Meu pai já morreu (GIRASSOL).*

*Dificuldade nenhuma, só preconceito, esse sim (JASMIM).*

*A família (HORTÊNCIA).*

- Possibilidade de mudar de profissão:

*Pretendo, sim. Eu pretendo arrumar um emprego e continuar meus estudos. Eu estudei até a quinta série. Meu sonho era ser técnica de enfermagem, mas eu tive que trabalhar (COPO-DE-LEITE).*

*Com certeza! Isso num é profissão de ninguém, não. Vender o corpo não é profissão pra ninguém, não. Ainda não mudei porque não tenho oportunidade (JASMIM).*

*Pretendia! Se arrumasse um homem melhor, que desse tudo à minha filha, eu saía (BETÔNICA).*

- A relação com a família:

*É muito bom. Não era muito, não, sabe? Mas, depois que eu saí de dentro de casa, passou, assim, a eles sentirem saudade de mim. Meus pais, sabe? Ai então, quando eu vou em casa, aí eu vou em casa, assim, por anos. Eu num gosto muito de tá lá em casa, não. Eu vou mais, assim, final de ano. Por ano, eu deixo eles sentirem bem muita saudade de mim. Quando eu lembro o que eu passei dentro de casa, a dificuldade com meus pais, aí eu pego e viajei. Nunca mais fiquei gostando de viajar pra casa, não. Quando eu vou, eles choram é muito, meu pai. Mas eu vou quando eu posso, quando eu junto dinheiro pra gastar com meus filhos e dar dinheiro a eles. Mas todo mês eu deposito dinheiro pra eles (COPO-DE-LEITE).*

*Eu tenho cinco filhos. Só um que tá me dando problema. Mas eles não sabem com o que eu trabalho, porque, às vezes, eu paro, eu arrumo casas de família para trabalhar (CAMPÂNULA).*

*Tenho (filhos). É tranquilo. Por enquanto, eles ainda são pequenos, não entendem nada. Eles não têm noção. Meus pais também. É tranquilo, pois minha mãe não se mete e eu não conheci meu pai, infelizmente ou felizmente, não sei (ORQUÍDEA).*

- Acerca das práticas profissionais executadas com o cliente:

*Não beijo na boca, só a penetração. Eles reclamam por terem pagado, mas só acontece a penetração, e, mesmo assim, eu sou muito procurada (GIRASSOL).*

*Não rola sexo anal nem beijo na boca, mas rola oral com camisinha. Eles não reclamam porque num é como todo mundo que eu saio. Sou diferente das outras mulheres, que é só ter dinheiro que elas saem (JASMIM).*

**Tabela 1.** Consolidado das entrevistas da pesquisa: Sexo como profissão: uma análise da vivência sexual das profissionais do sexo, Pau dos Ferros/RN, 2012

<b>TEMPO QUE TRABALHA COMO PROFISSIONAL DO SEXO</b>	
Menos de 1 anos	1 (10%)
1 – 10 anos	6 (60%)
15 – 30 anos	2 (20%)
Faz anos	1 (10%)
<b>MOTIVO QUE AS LEVARAM A TRABALHAR COMO PROFISSIONAL DO SEXO</b>	
Desilusão amorosa	1 (10%)
Dificuldade financeira	3 (30%)
Não tem família	2 (20%)
Dinheiro fácil	1 (10%)
Não sabe o motivo	1 (10%)
Gosta de muitos parceiros	1 (10%)
Entrou por opção	1 (10%)
<b>DIFICULDADES ENFRENTADAS DURANTE ESSES ANOS</b>	
Cliente que não quer pagar	1 (10%)
Não teve dificuldades	3 (30%)
Família que não aceita	3 (30%)
Preconceito	2 (20%)
Financeira	1 (10%)
<b>POSSIBILIDADE DE MUDAR DE PROFISSÃO</b>	
Pretendo, o ramo não é bom	7 (70%)
Sim, continuar a estudar	1 (10%)
Pretendo quando arrumar um homem	2 (20%)
<b>A RELAÇÃO COM A FAMÍLIA</b>	
Sim, eles não sabem da profissão	4 (40%)
Sim, muito bom	4 (40%)
5 filhos, é bom o convívio com eles	1 (10%)
Sim, uma filha, mas eu dei pra alguém criar	1 (10%)
<b>SOBRE ORGASMOS</b>	
As vezes	2 (20%)
Não responderam	8 (80%)

USAR O PRESERVATIVO DURANTE AS RELAÇÕES SEXUAIS	
Com os parceiros fixos não	1 (10%)
Sim	9 (90%)
CASOS EM QUE O CLIENTE DESEJA REALIZAR O ATO SEXUAL SEM O PRESERVATIVO	
Não fico sem camisinha	8 (80%)
Já ficou sem camisinha	1 (10%)
Se for freguês sim	1 (10%)
OCORRÊNCIA DE ALGUMA DST	
Sim	1 (10%)
Não	9 (90%)
FREQUÊNCIA DE VISITAS AO SERVIÇO DE SAÚDE E PRA QUAIS FINS	
Fazer exame e médico	8 (80%)
Exames	1 (10%)
Quando está grávida	1 (10%)
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO SERVIÇO	
Não tenho o que reclamar	9 (90%)
Sou satisfeita	1 (10%)

Fonte: Elaboração própria

*Eu não beijo na boca porque eu tenho nojo, nem chupo. Nunca chupei, nem com camisinha. Só a penetração. Tenho um parceiro fixo, mas também não fico com ele sem camisinha. Mas meu namorado eu beijo, faço tudo. Com meu namorado eu sinto prazer. Só em me encostar nele e sentir que ele tá com o pênis duro, eu fico excitada, mas com esses outros homens, não. Eu ganho muito bem aqui. Chego a ganhar mais do que elas, mas a inveja aqui é grande (MARGARIDA).*

- Sobre orgasmos:

*Não, porque orgasmo a gente tem quando existe amor, carinho, e com eles é só pra ganhar o dinheiro (JASMIM).*

*Às vezes. Orgasmo é quando eu costumo dizer que juntei o útil ao agradável. Já aconteceu de chegar aquele cliente que eu olhava e achava que não ia conseguir. Mesmo assim, eu fui com nojo, virando a cara, mas fiz. Eu tenho namorado. Uma pessoa que, através de um programa, ficou em minha vida. Mas é muito complicado, porque ele esquece de como me conheceu e onde me conheceu, aí ele passa a ter ciúmes. Até hoje ele não quer aceitar. O pior que ele esquece que ele é casado e que não pode mudar minha vida, assim, não de uma hora pra outra, sendo que a dele tá lá do mesmo jeito. Se acontecesse dele me colocar numa casa como esposa, eu trocaria essa vida. O sexo com ele é diferente, com certeza! Quando a gente gosta é diferente, não tem como comparar. Com os outros eu tô trabalhando (ORQUÍDEA).*



- O hábito de usar o preservativo durante as relações sexuais com os clientes:

*Não. Justamente com as pessoas, quando eu tô trabalhando, eu uso, mas com os fixos, não (CAMPÂNULA).*

*Certeza! Com certeza. O homem que não quiser transar comigo com camisinha, eu não fico. Ele pode me pagar quanto for, eu não fico. Por que eu tenho medo. Porque a gente que veve nessa vida, a gente tá arriscada a pegar uma doença, entendeu? Então, todo homem quer transar com a pessoa sem camisinha, mas nem eles num sabem o risco que eles mesmos possa correr, né? Porque do jeito que a gente faz programa, também, a gente também corre o risco (COPO-DE-LEITE).*

*Até com o cara que eu moro eu faço com camisinha (HORTÊNCIA).*

*Sempre, mas vou ser bem sincera: já fiquei sem camisinha. Isto já aconteceu, mas não é frequente (ORQUÍDEA).*

- Como reagem nos casos em que o cliente deseja realizar o ato sexual sem o preservativo:

*Não, eu me nego. Primeiro que eu converso antes de sair, converso na mesa antes de ir pra o quarto, porque, se ele for, já sabe como é. Mesmo assim, eles insistem na hora, oferecem mais dinheiro, mas eu não faço. Porque, se ele insiste a pagar mais pra ser sem camisinha, certamente ele já vem de longe fazendo isso. Eles usam a desculpa que não conseguem, que têm dificuldade com camisinha. Ai eu imagino com quantas e quantas ele num já ficou de lá pra cá e sem camisinha, como deve ser a vida sexual desse camarada (ORQUÍDEA).*

*Não, só faço com camisinha. Mesmo ele dizendo que paga mais, eu não faço (AÇUCENA).*

*Se for freguês meu, já de muito tempo, eu faço (BETÔNICA).*

- Ocorrência de alguma DST:

*Já tive gonorreia e verrugas. Fiz o tratamento em Natal. Hoje, eu sou mais cautelosa. Isso foi quando eu comecei (HORTÊNCIA).*

*Não, nunca, nada, nada, nada. Nunca apresentei nenhuma dor nas urinas. Eu sempre coloco duas camisinhas, uma por cima da outra, porque eu tenho muito medo de estourar. Eu não beijo na boca porque eu tenho nojo, nem chupo. Nunca chupei nem com camisinha, só a penetração. Tenho um parceiro fixo, mas também não fico com ele sem camisinha. Mas meu namorado eu beijo, faço tudo (MARGARIDA).*

- Frequência de visitas ao serviço de saúde e pra quais fins:

*Com certeza! De três em três meses, pra minha saúde. Faço exame, prevenção, exame de AIDS (MARGARIDA).*

*[...] só frequentava quando tava buchuda. Agora é difícil. Não, nunca fiz não. Nem prevenção, nem nada, não (AÇUCENA).*

- Quando questionadas sobre a qualidade da assistência ao serviço:

*Ótimo. Mesmo quando é no público, não tenho do que reclamar (HORTÊNCIA).*

*Na minha cidade não tem problema, porque lá ninguém sabe. Por isso que prefiro fazer lá.*

*Tipo, moro fora, ninguém sabe o que eu faço exatamente da vida. É diferente daqui, que a maioria sabe. Aqui eu só fui no médico uma vez, e foi serviço particular (ORQUÍDEA).*

## Discussão

A falta de recursos financeiros e a dificuldade de encontrar trabalho fizeram com que essas mulheres buscassem meios para sobreviver, não raramente, para evadirem-se da família. Acatando as melhores formas de sobrevivência, sejam elas quais forem, muitas vezes, sendo uma delas a prostituição, para que pudessem, em algumas ocasiões, satisfazer-se com os luxos proporcionados pela vida moderna, com um trabalho mais fácil, iniciando a prostituição ainda na adolescência (TORRES; DAVIM; COSTA, 1999).

Algumas dessas mulheres não deixam claro como é a relação com seus filhos, informando apenas que eles não têm conhecimento de seu trabalho. Provavelmente, não se sentiram seguras quanto à aceitação pelos mesmos de sua profissão. Outros depoimentos demonstraram sofrimento pela situação familiar e rejeição da família, em função de sua atividade, evidenciando a preocupação em contribuir financeiramente para a família e os filhos. As dificuldades financeiras são semelhantes às descritas por Esposito e Kahhale (2006, p. 332). Como se pode observar, a questão financeira é colocada como a 'principal causadora' do início da atividade de Profissional do Sexo (ESPOSITO; KAHHALE, 2006, p. 332). A família é um dos grandes desafios que, até hoje, algumas dessas mulheres enfrentam, pois, diante dos seus princípios, aquela não permite o sexo como uma profissão, cabendo às profissionais se arriscar a contar e perder o apoio dos familiares, caso eles não as acolham. Conforme a literatura retrata, a busca do trabalho de profissional do sexo ocorre devido às dificuldades (que tentam ser superadas a cada instante) que essas meninas vivenciaram antes de ingressar nesse meio, com a família e as necessidades financeiras, e, também, em decorrência da falta de oportunidades para conseguir outro tipo de emprego.

Entre os aspectos mais destacados como de dificuldade, pode-se citar o modo como a sociedade e seus familiares as veem. O preconceito torna-se a maior barreira enfrentada na jornada de trabalho, condizendo com a fala de Moraes *et al.* (2010, p. 37). Os impactos desse tipo de trabalho nas relações familiares e na sociabilidade devem-se ao medo e à vergonha. Essas mulheres buscam soluções e táticas de defesa para se inserir numa sociedade que aponta, marginaliza e rotula sua atividade. É interessante como o trabalho estrutura não só a relação com o mundo, mas, também, as relações sociais e as percepções, que estão personificadas para o próprio sujeito. As entrevistadas relataram que se prostituem porque necessitam do dinheiro, mas que não aconselham essa vida para ninguém, e que todas elas gostariam de não trabalhar nessa profissão (MORAES *et al.*, 2010, p. 36).

Percebe-se que 30% das entrevistadas não aderem a práticas diferentes para conquistar o cliente, resumindo o sexo somente à penetração vaginal, enquanto 70% assumem práticas que vão além da penetração vaginal, como, por exemplo, beijo na boca, sexo oral e anal. Destas 70%, 20% afirmam já terem tido orgasmo durante a relação sexual com clientes. Não são frequentes, porém, acontecem ocasionalmente. Em suma, as profissionais do sexo afirmam existir uma diferenciação entre o sexo por dinheiro e o sexo por amor, praticado com seus companheiros.

As entrevistadas relatam fazer do sexo um meio de gerar renda para o seu sustento financeiro. Sendo assim, desenvolvem no sexo práticas que possam deixar o cliente satisfeito com seu trabalho, e que o instiguem a voltar em busca de seus serviços. Algumas não apresentam restrições quanto ao tipo de práticas, estabelecendo preços para cada uma delas, enquanto outras negociam com o cliente antes de iniciar o programa. O valor fixo mínimo é de setenta reais – sem que reduzam o preço pelo fato de não terem realizado o desejo do cliente em certas práticas. Por vezes, o cliente, muito satisfeito com o serviço, acaba por pagar mais. As profissionais demonstram que, apesar de seu corpo ser 'objeto dos clientes', conseguem exercer autonomia em sua atividade, já que são elas que decidem se irão ou não receber o pagamento pelo serviço. Apesar de estarem exercendo o sexo como uma profissão,

também se mostram dotadas de vontades ao fazerem suas escolhas, impondo limites aos clientes (PASINI, 2005). Entretanto, as práticas sexuais variam bastante quando o mercado de trabalho está escasso, com poucos clientes e muitas profissionais. Nessas circunstâncias, as profissionais toleram práticas até mesmo 'não permitidas', para que, desse modo, possam se destacar entre as demais, e conseguir um número maior de clientes. Um comportamento que aumenta as oportunidades para o surgimento das DSTs (BARROS, 2005).

Guimarães e Merchán- Hamann (2005) ressaltam que há clientes que dão preferência a mulheres que não apresentem restrições quanto às suas preferências, principalmente às que aceitem o sexo sem camisinha. Sendo assim, alguns deles tendem a oferecer melhores pagamentos a essas profissionais, muitas delas, com necessidades diferenciadas das demais, e aquelas mais carentes de recursos financeiros acabam por aceitar. No caso das entrevistadas, ocorrem as duas situações, a exemplo de Açucena e de Orquídea. Margarida, Betônica e Gardênia apresentam discursos semelhantes quando dizem que só praticam sexo com preservativo, embora não relatem se, com os parceiros fixos, haja alguma exceção. Já Hortência fez questão de dizer que faz uso do preservativo até mesmo com o namorado, demonstrando seu cuidado com a saúde de ambos.

As relações sexuais com os clientes, em geral, podem não ser muito agradáveis ou satisfatórias para as profissionais, chegando a causar desconforto durante a penetração. As 'preliminares' nem sempre fazem parte da prática sexual nesse contexto. Desse modo, a profissional tem dificuldades para atingir excitação, que é o que promoverá a lubrificação vaginal. Consequentemente, nesses termos, a relação sexual gera desconforto, levando essas mulheres a não chegar ao ápice do sexo: o orgasmo (GARCIA; LISBOA, 2012). Na fala de algumas delas, não há relato de qualquer excitação prévia que possa estimular o ato sexual. Algumas declaram haver somente a penetração, o que nos leva a crer que esse possa ser um dos motivos que as levam a se sentir insatisfeitas com o trabalho, configurando uma dificuldade a ser enfrentada na profissão.

Em pesquisa, Pasini (2005) articula sobre as regras que as profissionais do sexo devem seguir para que não

confundam o trabalho com a afetividade, evitando, assim, o estabelecimento de uma relação sentimental com algum cliente. Para tanto, é necessário que essas mulheres consigam diferenciar o sexo como profissão do sexo com seus parceiros, para que o ato não se torne mecânico, sem diferenciação e a percepção do sentimento. Situação ilustrada nas falas de algumas entrevistadas.

Sabe-se que o uso regular da camisinha ainda é um dos mais eficazes métodos de prevenção da contaminação/transmissão das DSTs. Ainda assim, mesmo conscientes dos riscos que correm, algumas mulheres têm certa dificuldade para controlar o uso do preservativo masculino, o que, muitas vezes, fica sob a autoridade do homem. Mas cabe à mulher a decisão de permitir ou não a prática sexual sem proteção (GOMES *et al.*, 2012). Tendo em vista o número de parceiros sexuais que as profissionais do sexo mantêm, e o costume nem sempre constante de uso do preservativo, tem-se com elas uma maior preocupação quanto à transmissão das DSTs, haja vista que a grande variedade de parceiros faz aumentar o risco de contaminação. Assim, percebe-se a necessidade de que as mesmas utilizem, sem restrições, o preservativo, mesmo com clientes fixos (MEDEIROS; RUFINO, 2012). A fala de uma das entrevistadas relata que as profissionais do sexo costumam acordar com os clientes o valor do programa e as práticas que não aceitam, como, por exemplo, o sexo sem proteção.

As DSTs são atribuídas, geralmente, à diversidade de parceiros sexuais mantida por um indivíduo. Esperava-se que a maioria das mulheres respondentes desta pesquisa relatasse alguma DST da qual houvesse sido acometida durante sua vida profissional, já que estudos indicam que esse tipo de doença é uma realidade na vida de prostitutas, em decorrência do não uso do preservativo em todas as relações sexuais com seus clientes (MOURA *et al.*, 2010). Durante a pesquisa, equivalente ao comentário de Moura, foi constatada a ausência do preservativo em algumas relações, seja por opção ou por terem usado de forma errada.

Somente 10% das mulheres alegaram ter uma DST. Foram citadas gonorreia e verrugas. As demais disseram nunca terem sido acometidas por doenças sexualmente transmissíveis. A pesquisa de Pogetto, Silva e Parada (2011), que analisou a prevalência das DSTs

entre as profissionais do sexo do interior paulista, constatou que 71% das mulheres haviam sido contaminadas por alguma DST. Comparando com o estudo citado, supomos que, possivelmente, as mulheres que entrevistamos omitiram essa informação, tanto por não se sentirem à vontade para falar de sua intimidade quanto pelo receio de serem discriminadas pela sociedade.

Acerca da assistência à saúde, prestada pelos serviços às profissionais do sexo, foi visto que as respondentes costumam recorrer aos mesmos quando vão a suas cidades de origem, por lá saberem de sua atuação profissional. Um aspecto preocupante, pois, muitas vezes, demoram longos períodos para realizar essas viagens, o que pode levar até um ano, senão mais.

As entrevistadas avaliaram de modo positivo a qualidade do atendimento prestado, apesar das ações serem pontuais, sem acompanhamento regular dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Percebe-se que a prevenção do câncer do colo do útero é o exame mais procurado, resumindo a sua assistência a procedimentos curativistas.

Nota-se que as Políticas Públicas no Brasil, assim como no mundo, em seus estudos, dedicam maior atenção ao controle da AIDS quando se remetem às profissionais do sexo, deixando outras orientações e cuidados importantes, principalmente sobre saúde reprodutiva, em segundo plano, assim como as orientações sobre outros métodos de prevenção além do preservativo masculino (MEDEIROS; RUFINO, 2012).

## Considerações finais

A atividade da prostituição é percebida como profissão pelas mulheres analisadas neste artigo. Desse modo, apesar do preconceito existente, a maior preocupação das mesmas é a aceitação da família. No entanto, muitas relatam o desejo de mudar de profissão e que apenas aguardam uma oportunidade para fazê-lo. Verifica-se referência ao uso do preservativo em todas as relações, porém, em alguma fase de suas vidas, algumas deixaram de usar. Quanto ao serviço de saúde, não relatam queixas, contudo, as visitas às unidades saúde se resumem à realização de consultas médicas, tão logo apresentem sinais ou sintomas de patologias, ou para fazer a coleta da citologia oncológica. Percebe-se, também, a procura por serviço privado. Não foi possível analisar a frequência das ações de educação em saúde em seu ambiente de trabalho, e muitas demonstram não conhecer como funcionam os serviços de saúde e seus direitos. Com relação ao acometimento por DSTs, uma grande parcela relata nunca ter apresentado sequer a presença de corrimento. Apenas uma das entrevistadas admitiu ter tido DST.

Compreende-se ser importante que a ESF implante ações que fomentem o conhecimento acerca do cuidado em saúde e do funcionamento dos serviços de saúde, bem como apresente a essas mulheres os seus direitos e deveres em saúde e cidadania, proporcionando uma melhoria da assistência à saúde a essa categoria profissional. ■

## Referências

AQUINO, P. S.; XIMENES, L. B.; PINHEIRO, A. K. B. Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. *Enfermagem em Foco*, v. 1, n. 1, p. 18-22, 2010. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2012.

BARROS, L. A. *Mariposas que trabalham*: uma etnografia da prostituição feminina na região central de Belo Horizonte. 2005. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/23531-23533-1-PB.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2012.

ESPOSITO, A. P.G.; KAHHALE, E. M. P. Profissionais do sexo: Senti-

do produzido no cotidiano de trabalho e aspectos relacionados ao HIV. *Psicologia: reflexões e críticas*, v. 19, n. 2, p. 329-339, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v19n2/a20v19n2.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2012.

GARCIA, O. R. Z.; LISBOA, L. C. S. Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para a assistência de enfermagem à saúde da mulher, e, nível de atenção primária. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 708-16, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a28.pdf>>. Acesso em: 20 de ago. 2012.

GOMES, V. L. O. *et al.* Percepções de casais heterossexuais acerca do uso da camisinha feminina. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 22-30, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100004)>. Acesso em: 10 nov. 2012.

GUIMARÃES K.; MERCHÁN-HAMANN E. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. *Revista Estudos Feministas*, v.13, n.3, p. 525-544, set/dez. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2005000300004>>. Acesso em: 01 abril 2012.

MADEIRO, A. P.; RUFINO, A. C. Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina – Piauí. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n. 7, p. 1735-1743, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/12.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2012.

MOURA, A. D. *et al.* Prostituição x DST/ AIDS: Um Estudo Descritivo com Perspectiva de Práticas de Prevenção. *DST – Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis*, v.21, n. 3, p. 143-148, 2009. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista21-3-2009/8-Prostituicao-x-DST.pdf>>. Acesso em: 03 de maio de 2011.

MOURA, A. D. A.; PINHEIRO, A. K. B.; BARROSO, M. G. T. Realidade vivenciada e atividades educativas com prostitutas: Subsídios para a prática de enfermagem. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 602-08, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000300021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000300021&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 de julho de 2012.

MOURA, A. D. A. *et al.* O comportamento de prostitutas em tempos de AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis: como estão se prevenindo? *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v.19 n.3 p. 545-53. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000300017>>. Acesso em 20 dez. 2012.

MORAES, A. B. T. *et al.* Profissionais do sexo: um estudo sobre o trabalho, saúde e relações sociais. *Revista Científica da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo*, v. 1, n. 1, p. 34-39, 2010. Disponível em: <[http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/60798\\_6974.PDF](http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/60798_6974.PDF)>. Acesso em: 30 out. 2012.

PAISINI, E. *Prostituição e a liberdade do corpo*. 2005. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/pdf/Elisiane.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2012.

POGETTO, M. R. B.; SILVA, M. G.; PARADA, C. M. G. L. Prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres profissionais do sexo, em um município do interior paulista, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 19, n. 3, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_07.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2012.

SCHREINER, L. *et al.* Prevalência de Sintomas Depressivos em uma Amostra der Prostitutas de Porto Alegre. *Revista de Psiquiatria*, v. 26, n. 1, p. 13-20, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n1/20472.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2011.

TORRES, G. V.; DAVIM, R. M. B.; COSTA, T. N. A. Prostituição: causas e perspectivas de futuro em um grupo de jovens. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 7, n. 3, p. 9-15, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01041691999000300003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041691999000300003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jun. 2012.

---

Recebido para publicação em novembro de 2013

Versão definitiva em dezembro de 2013

Suporte financeiro: não houve

Conflito de interesse: inexistente

# A clínica em movimento na saúde de TTTS: caminho para materialização do SUS entre travestis, transsexuais e transgêneros

*Clinics on the move in TTT's health: the path to materialization of SUS among transvestites, transsexuals and transgendered*

Eduardo Corsino Freire<sup>1</sup>, Fátima Cristina Alves de Araujo<sup>2</sup>, Ândrea Cardoso de Souza<sup>3</sup>, Dalvani Marques<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Mestre em Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
edcorsino@oi.com.br

<sup>2</sup> Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
fatimacaa@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil.  
andriacz@ig.com.br

<sup>4</sup> Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP) Brasil. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.  
marquesdal@yahoo.com.br

**RESUMO:** O movimento de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros (LGBTTT) tem estimulado a visibilidade da temática da homossexualidade e da multiplicidade de expressões e identidades de gênero no Brasil. Apesar de haver avanços, como a formalização de programas governamentais e o incremento do debate público, persistem desafios. A problemática da saúde no universo TTT é abordada ressaltando o limitado direito à saúde e ao acesso a ações e serviços de saúde, o preconceito e a discriminação sofridos pela inadequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados. Finaliza-se com a indicação da clínica peripatética, para contribuir para a efetivação do direito à saúde.

**PALAVRAS CHAVE:** Transexualidade; Identidade de gênero; Políticas públicas.

**ABSTRACT** *The movement of lesbian, gay, bisexual, transvestites, transsexuals and transgendered (LGBTTT) increased visibility of the topic of homosexuality and the multiplicity of expressions and gender identities in Brazil. Despite having advances, as the formalization of government programs and the increase of public debate, the challenges remain. The problematic of health in the TTT universe is approached, emphasizing the limited right to health and access to health actions and services, prejudice and discrimination suffered by the inadequacy of professional and technological resources used. Thus, it emphasizes the peripatetic clinic to contribute to the realization of the right to health.*

**KEYWORDS:** *Transsexuality; Gender identity; Public policies.*



## Universo TTT

Observa-se, nos últimos anos, um crescimento do movimento de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), da visibilidade das questões que envolvem a temática da homossexualidade e da multiplicidade de expressões e identidades de gênero no Brasil. Se há avanços, especialmente no que se refere a travestis, transsexuais e transgêneros, representados, principalmente, pela formalização de programas governamentais e pelo incremento do debate público, há também desafios (FACCHINI, 2009), estando um deles no setor saúde.

Apesar de serem escassos os estudos que abordam essa população no Sistema Único de Saúde (SUS), há evidências de que fatores relacionados à organização dos serviços, à postura de profissionais, ao estigma e ao constrangimento vivenciado pela população trans comprometem a materialização dos princípios e diretrizes do SUS junto ao grupo.

## Mas que universo Trans é esse?

O movimento que abarca homossexuais e o universo trans<sup>1</sup> é, hoje, um sujeito político bastante complexo, formado por múltiplas categorias identitárias, nem sempre movidas pelos mesmos discursos. Sem a consideração dessa problemática, torna-se difícil compreender muitas das posições referentes ao mercado segmentado ou mesmo a relação com outros atores sociais que integram o seu campo de ação (FRANÇA, 2006).

Facchini (2005) propõe uma periodização do movimento homossexual, considerando uma 'primeira onda', demarcada pelo surgimento do Grupo Somos e do jornal O Lampião da Esquina (1978), e uma 'segunda onda', associada ao surgimento dos grupos Triângulo Rosa (Rio de Janeiro), Grupo Gay da Bahia (Salvador) e, também, do Atobá (Rio de Janeiro), nos anos 1980. O autor identifica uma 'crise' nos primeiros anos da epidemia de Aids e um 'reflorescimento' do ativismo nos anos

1990 (FACCHINI, 2005). Algumas das características desse novo período são a diversificação e a especificação crescentes das categorias identitárias abarcadas pelo movimento – em um modelo que, inspirado na experiência internacional, especialmente a norte-americana, é definido por Facchini como 'segregacionista'.

Efetivamente, os nomes dos encontros nacionais de entidades homossexuais, ocorridos ao longo dos anos 1980 e 1990, expressam a diversidade de siglas, multiplicadas para acomodar as diferentes expressões identitárias produzidas através de um processo contínuo de segmentação (RAMOS; CARRARA, 2006). Assim, se os seis primeiros encontros (1980-1992) foram chamados de Encontros Brasileiros 'de Homossexuais'; o sétimo (1993) chamou-se Encontro Brasileiro de 'Lésbicas e Homossexuais'; o oitavo, Encontro Brasileiro de 'Gays e Lésbicas'; o nono (1997) intitulou-se Encontro Brasileiro de 'Gays, Lésbicas e Travestis'. Após isso, e até o XII Encontro, realizado nas dependências do Congresso Nacional, em 2005, os encontros foram designados como Encontros Brasileiros de 'Gays, Lésbicas e Transgêneros' (RAMOS; CARRARA, 2006).

Esse crescente e contínuo movimento pelo reconhecimento da relação entre o direito – entendido como ordenamento jurídico, isto é, o conjunto de instrumentos normativos estatais vigente num determinado momento em um determinado país, englobando atos legislativos e decisões judiciais – e a sexualidade não é novidade. Tradicionalmente, o direito estatal foi produzido como instrumento de reforço e de conservação dos padrões morais sexuais majoritários e dominantes. Vale dizer que esse direito atua na confirmação de determinadas relações e práticas sexuais hegemônicas. Exemplo disso é a consagração da família nuclear pequeno-burguesa, a atribuição de direitos e deveres sexuais entre os cônjuges e a criminalização de atos homossexuais (RIOS, 2011).

A emergência de movimentos sociais, reivindicando a aceitação de práticas e relações divorciadas desse modelo, levou à arena política e, conseqüentemente, ao debate jurídico a questão dos direitos sexuais, especialmente dos direitos LGBT. O surgimento dessas demandas e o reconhecimento de alguns direitos, ainda que de modo lento e não uniforme, inauguraram uma nova

<sup>1</sup> Universo trans refere-se ao grupo formado por travestis, transsexuais e transgêneros,

modalidade na relação entre os ordenamentos jurídicos e a sexualidade. Historicamente, concentrando-se na modernidade, percebe-se o irromper desses direitos a partir dos anos 1980, tomando por marco o julgamento, pela Corte Europeia de Direitos Humanos, do primeiro caso em que uma lei criminalizadora da sodomia foi afastada por violar um direito humano básico, qual seja, a privacidade (RIOS, 2011).

No Brasil, o conjunto das Conferências Estaduais LGBT, realizadas entre março e maio de 2008, contou com cerca de 10 mil participantes, e resultou num total consolidado de 510 propostas, avaliadas e complementadas na etapa nacional. A Conferência Nacional LGBT, de 2008, contou com a presença do presidente da República, de ministros e representantes do movimento, que discursaram, causando grande impacto na mídia e no movimento. O Brasil foi o primeiro país a promover uma atividade dessa natureza, o que sinaliza o compromisso do Estado brasileiro com a promoção dos direitos de LGBT (BRASIL, 2008; FACCHINI, 2009).

Numa retrospectiva acerca de gênero e políticas públicas, é possível delinear um processo no qual a redemocratização do Estado brasileiro – que envolveu a democratização de processos decisórios e a inclusão de novos segmentos populacionais como beneficiários de políticas públicas – coincide com o fortalecimento dos movimentos de mulheres e feministas. Processos igualmente complexos, envolvendo uma gama diversa de atores políticos, em âmbito nacional e internacional, desenvolveram-se com relação a outros sujeitos políticos ou segmentos populacionais, a partir dos anos 1990. Assim, observam-se na agenda política brasileira as primeiras referências ao que seriam as ‘ações afirmativas’, com foco na redução das desigualdades de gênero, no combate ao racismo e nas políticas envolvendo outros recortes populacionais, como é o caso de jovens, idosos e LGBT. A partir de meados dos anos 1990, é possível acompanhar todo um processo de multiplicação de sujeitos políticos no campo dos movimentos sociais e de “focalização da focalização” nas políticas públicas (FACCHINI, 2009).

Atualmente, pressuposta a homossexualidade como tema político, os movimentos agregam lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros. A expansão

dos coletivos vai se configurando no denominado Movimento LGBTTT, cujas reflexões e práticas ativistas têm promovido na sociedade brasileira mudanças de valores. Mudanças essas que geraram visibilidade, no campo político, para os problemas que envolvem essas pessoas.

O pluralismo de siglas para designar as diversas identidades das categorias ativistas engloba grupos de indivíduos movidos pelos mesmos discursos, mas que se reconhecem como diferentes. Essas diferenças, que muitas vezes não são bem entendidas pela sociedade, nos fazem refletir sobre quem são realmente esses indivíduos e o que os diferencia. Se a sociedade entende como lésbicas as mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres, como gays os homens que mantêm relações sexuais com outros homens e como bissexuais os indivíduos que mantêm relações sexuais com homens e mulheres, onde se encaixariam os grupos de TTTs?

Ora, travestis não se enquadram bem nos discursos das ciências sociais e humanas, em geral, entre o construtivismo e o essencialismo, justamente por serem, ao mesmo tempo, os dois. Esse grupo entende que homens são homens e mulheres são mulheres em função das suas genitálias, sendo essa uma dimensão essencialista. Por outro lado, a morfologia diferencial da genitália permite desvendar diferentes possibilidades de gênero. Em síntese, Kulick (2008) as define como essencialistas construtivas.

No entanto, travestis não são mulheres. Poderiam, então, ser definidas como homens? Para Kulick (2008), isso não é claro, de imediato. A subjetividade de travestis torna-se viável devido à crença em conexões entre o corpo e sua atividade sexual. Isso posto, sua subjetividade é resultado da configuração de sexo (biológico), gênero e sexualidade, especificada na sociedade em que vive. No Brasil, não é costumeiro encontrar na literatura referências a um terceiro gênero (ternarismo). Os autores que assim postulam estão seguindo linhas norte-americanas, que argumentam em favor da ambiguidade e da diversidade de travestis. De fato, travestis não se reconhecem como homens e nem como mulheres (KULICK, 2008).

A concepção de gênero no Brasil parece estar mais relacionada com a função da genitália do que, simplesmente, com as diferenças anatômicas. O critério

determinante na identificação de homens e mulheres parece estar mais relacionado com o papel que a genitália desempenha no intercurso sexual. O ponto fundamental aqui é a penetração, sendo homem o indivíduo que só penetra. Se a pessoa é penetrada, é diferente de homem, podendo ser uma mulher ou não. Assim, a relevância entre homem e mulher não é tão significativa, mas, sim, a entre quem apenas realiza penetração em uma relação sexual e aqueles que são penetrados. Temos, então, um sistema binarista entre homens e não homens (KULICK, 2008).

O contrastivo ‘não homem’ possibilita a emergência de travestis, e todos aqueles indivíduos (do sexo masculino ou feminino), cujo desejo é ser penetrado, pertencem à mesma categoria classificatória, compartilhando o mesmo lado do binarismo de gênero. Esse fato pode explicar por que as travestis não se identificam como mulheres nem manifestam desejo de realizar cirurgias de mudança de sexo, ainda que pretendam se tornar mais femininas. Do ponto de vista cultural, como travestis já se enquadram no mesmo gênero em que as mulheres, a transgenitalização não lhes traria nada do que já não possuem. Sendo assim, a cirurgia significaria retirar uma fonte de prazer e renda (KULICK, 2008).

O fato de travestis não realizarem cirurgias de mudança de sexo e compartilharem do mesmo gênero que mulheres suscita algumas questões: a quem interessa a cirurgia? Ou mesmo, quem são os indivíduos transsexuais?

A nomenclatura transexualismo é utilizada para definir as pessoas que vivem uma contradição entre o corpo e a subjetividade. Na perspectiva lógica da patologização, são transsexuais femininos aqueles que passaram por processo transsexualizador de mulher para homem, e transsexuais masculinos os que passaram de homem para mulher. Tal abordagem nega e recorda a todo tempo que esses indivíduos nunca serão homens ou mulheres de verdade, pois o gênero que significará o transexual será o de nascimento.

Tendo-se como referenciais suas subjetividades frente à pluralidade e às construções de sentidos para os conflitos com o corpo, o que faz um sujeito se afirmar como pertencente a um determinado gênero é o sentimento. Sendo assim, a nomenclatura mais bem empregada é a que considera como sendo mulheres transgêneros

aqueles indivíduos que se sentem como mulheres, e homens transgêneros os que se sentem homens. Uma vez que a transformação do corpo por meio de hormônios já é suficiente para lhes garantir um sentido de identidade, eles não reivindicam cirurgias de transgenitalização para garantir um sentido identitário (BENTO, 2006).

Na cultura brasileira, são observados diferentes grupos que realizam diversas transformações de gênero. A noção de transexual parece de difícil adequação por ser criada a partir de saberes das ciências médicas e psicológicas, dotados de pressupostos universalizantes e homogeneizantes. No entanto, é possível traçar características marcantes desse grupo. Benedetti (2005), em seu estudo envolvendo mulheres transsexuais, sinaliza que elas dominam uma linguagem médico-psicológica refinada, explicam e demonstram seu modo de ser apoiando-se nos saberes dessas disciplinas, que muitas vezes já estão desacreditados. Reconhecem-se doentes, e a cirurgia apresenta-se como correção ou ajustamento de seu corpo à sua personalidade. As transsexuais não aceitam suas genitálias e negam terem nascido homens.

Tradicionalmente, os estudos sobre transsexuais são realizados pelas ciências da área ‘psi’, tendo-se certa ausência da sociologia, o que conota um sentido de conflitos individuais e, de certa forma, reforça a patologização da identidade, construídos fora do referencial biológico. Contudo, esses estudos habilitam aqueles designados como pervertidos, desviados, psicóticos, enfermos e transtornados, incluindo-se as transsexuais, travestis, lésbicas, bissexuais e gays como sujeitos que constituem suas identidades de gênero mediante os mesmos processos que os considerados “normais” (BENTO, 2006).

Os estudos sobre gênero, inicialmente, vieram para tentar dar uma explicação à subordinação da mulher. Com a afirmativa de que “mulher não nasce, torna-se”, Simone de Beauvoir, em 1949, dá consistência ao ‘tornar-se’, construindo um movimento de desnaturalização (mas não de dessencialização) da identidade feminina. Dois gêneros e subjetividades diferentes, uma concepção binária que reproduz o pensamento moderno para os sujeitos universais, onde cada um ocupa um lugar fixo dentro dessa estrutura binária hierarquizada. Porém, em se tratando da transexualidade, nada é objetivo, e, nesse caso, os efeitos de um regime regulador, que toma os

gêneros com base na natureza, orientam o olhar classificador e normatizador de especialistas sobre aqueles que reivindicam o direito ao reconhecimento da mudança de gênero em sua totalidade, incluindo cirurgias de correção da genitália (BENTO, 2006).

Pensando-se o gênero como uma criação da sociedade, com significação das diferenças dos corpos sexualizados, firma-se uma dicotomia entre sexo (natureza) e gênero (cultura). Seguindo esse pensamento, cada cultura moldaria suas marcas nesse corpo inerte, sexualmente diferenciado pela natureza. Há uma amarração no sentido de que o corpo remete ao sexo e que o gênero só pode ser entendido quando correlacionado com tal pensamento. Assim, o corpo nasce maculado pela cultura, no entanto, o processo de transsexualização é marcado por conflitos, que trazem à tona ideologias de gênero, colocando transexuais em transações constantes com as normas de gênero (BENTO, 2006).

Travestis, transsexuais e transgêneros, em constantes transações de sua identidade e seus gêneros, estão em um processo de incorporação perene. Ao mimetizarem mulheres ou homens e ao interferirem no próprio corpo, esses sujeitos podem ser pensados como incorporados. A incorporação estaria vinculada à *mimesis*, onde o corpo é um meio de expressão. Os TTTs estão, constantemente, preocupados com a reconstrução do corpo, e, com isso, (re)constroem seus gêneros, identidades e pessoas. Entretanto, esses sujeitos querem dar a maior 'naturalidade' possível aos seus gestos. Enfim, por meio da 'montagem', produzem e reproduzem femininos/masculinos, revelando a multiplicidade do gênero, porém, também explicitando – por uma (re)orientação da duplicidade – que as ideias de gênero e sexo podem ser conturbadas. Ou seja, se a duplicidade é vivida como constituinte do reconhecimento do sexo (homem ou mulher), travestis, transsexuais e transgêneros mostram que a questão é mais complexa (JAYME, 2001).

## E como fica o acesso à saúde no universo TTT?

Ao abordar a problemática da saúde no universo TTT, o primeiro ponto a ser destacado relaciona-se ao direito

à saúde, que é conceituado como categoria de direito subjetivo público, a partir do reconhecimento do sujeito como detentor do direito e do Estado como obrigado a garanti-lo, sem, é claro, eximir a responsabilidade do próprio sujeito, que também deve cuidar de sua saúde. Esse direito, no Brasil, está genericamente consagrado pela Constituição Federal de 1988, que, além de considerar o direito à saúde em seu sentido mais amplo (reconhecendo seus determinantes e condicionantes – alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte etc.), cria, ainda, o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990). Sob tal perspectiva, cabe ao Estado a promoção da saúde, através de políticas sociais e econômicas, visando à redução do risco de doenças, bem como do acesso, de forma universal e igualitária, a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Dessa forma, a saúde não pode ser vista isoladamente das condições que envolvem o indivíduo e a coletividade (SANTOS, 2010).

Contudo, o texto legal somente direciona as ações de saúde, as quais são produzidas a partir do trabalho vivo, em ato no cotidiano dos serviços. Segundo Cecílio (2001), a garantia da materialização do direito à saúde, incluindo o acesso universal e equânime de todos os cidadãos, representa um desafio para o setor saúde, pautado, essencialmente, na micropolítica do trabalho cotidiano. O Ministério da Saúde, tentando defender os direitos de indivíduos e coletivos com relação à saúde, elaborou a Carta dos Direitos dos Usuários, contemplando os diversos grupos sociais e possibilitando uma discussão qualificada (BRASIL, 2010). Visando a reorientar as políticas de saúde e objetivando a ampliação do acesso a ações e serviços de qualidade, essas políticas têm reafirmado o compromisso do SUS com a integralidade e a universalidade, por contemplarem ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010).

O reconhecimento dos direitos de TTT, com ocupações na área da saúde pública, corrobora as demandas relacionadas aos direitos sociais (RIOS, 2011). Promovendo os direitos fundamentais dessa população, como a inviolabilização do direito à vida, à igualdade e à liberdade, dispostos no art. 5º da constituição Federal, tenta-se combater o estigma e a discriminação

por orientação sexual e identidade de gênero (BRASIL, 2010). A discriminação por identidade de gênero incide na determinação social da saúde nos processos de sofrimento e adoecimento decorrentes do preconceito e do estigma social (BRASIL, 2010).

TTTs enfrentam discriminação e estigmatização, muitas vezes na infância, quando começam a aparecer como diferentes, gerando, como resultado mais direto, o analfabetismo e/ou a não finalização de seus estudos (WOLFE, 2011). Todas as dificuldades advindas do preconceito, enfrentadas por esses indivíduos na sociedade, também são refletidas nos serviços de saúde. Percebe-se que alguns grupos sociais ainda continuam a receber um tratamento diferenciado, como se fossem cidadãos com menos direitos do que os demais (MÜLLER; KNAUTH, 2008).

A garantia do direito à saúde para a população TTT, na perspectiva do SUS, passa por um atendimento humanizado e livre de preconceito e discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, incluindo, como estratégia, o uso do nome social como forma de promoção de acesso ao sistema. Ressalta-se que a entrada nos serviços, como na estratégia de Saúde da Família, demanda conscientização das diferentes modalidades de constituição de redes familiares, distintas do padrão heterossexual, primando pelo respeito à singularidade dos sujeitos e combatendo todas as formas de normatização que impliquem processos de exclusão e discriminação das pessoas. Isso só é conseguido com o rompimento dos processos discriminatórios institucionizados (LIONÇO, 2008).

O universo 'trans', no entanto, acaba por, na maior parte das vezes, figurar como conceitos sem definição para muitos indivíduos, e, conseqüentemente, sem a indicação de encaminhamentos pertinentes à especificação da realidade de vida e saúde da população TTT. Políticas públicas, tal como a política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transgêneros – LGBT (BRASIL, 2010) –, fazem-se necessárias como estratégias de ação em saúde, diante da especificidade das vivências desses grupos, qualificando ações e provocando, transversalmente, diversas áreas técnicas, objetivando a integralidade e a equidade (LIONÇO, 2008).

O universo trans encontra-se em situação de vulnerabilidade com relação à garantia de direitos humanos básicos, justificando uma política específica de saúde para o grupo, que respeite suas autonomias. A política nacional de saúde LGBT configura-se como uma política transversal, onde o respeito sem preconceito e sem discriminação é valorizado, como fundamento para promoção, proteção, atenção e cuidado à saúde.

O Ministério da Saúde, através da Atenção Básica, vislumbrando ampliar e garantir o acesso da população trans aos serviços de saúde, através de um atendimento humanizado, tenta respeitar os princípios de integralidade, igualdade e equidade da assistência. O acolhimento de TTTs nos serviços de Atenção Básica aborda um processo onde estarão enredadas ações humanas passíveis de gerar conflitos.

Com o olhar da bioética, reconhecendo a plena cidadania de todos os seres humanos, mais especificamente, os mais vulneráveis, pode-se pensar na busca da convivência entre usuários TTTs e profissionais da saúde. Os problemas éticos que cercam a Atenção Básica estão relacionados às situações mais corriqueiras do cotidiano. Assim, a bioética cotidiana reforça que esses conflitos e dilemas da vida são importantes e merecem ser discutidos, como, por exemplo, a dificuldade do acesso de travestis, transsexuais e transgêneros aos serviços de saúde. Acesso esse entendido como o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A população TTT apresenta novos significados, nos quais estão incluídas as dimensões das necessidades de saúde, desde os modos de vida ao acesso às tecnologias, à criação de vínculos afetivos entre usuários e serviços e, também, à necessidade de autonomia (CECÍLIO, 2001). Reporta-se, então, a acessibilidade aos serviços de saúde, não se restringindo apenas ao uso ou não dos mesmos, mas incluindo a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos usuários, afinal, os problemas de saúde dessa população são complexos e suas demandas numerosas (BRASIL, 2010). O uso de serviços depende de fatores predisponentes, das necessidades de saúde e de fatores contextuais, sendo que o uso eficiente e efetivo é dependente dos fatores individuais e de fatores internos



dos serviços, que interferem na qualidade do cuidado prestado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Seguindo essa visão, a Clínica Peripatética surge como uma possibilidade de avivar o trânsito por esse limiar, que vai do exílio à cidadania. Segundo Lancetti (2007), nos sentidos comum do adjetivo e etimológico da palavra, peripatético significa passear, ir e vir conversando. O autor remonta à Escola Filosófica Peripatética, fundada por Aristóteles, à terapia peripatética, referenciada por Freud, e à ideia peripatética, de Nietzsche, que afirma que as principais ideias surgem durante a caminhada (LANCETTI, 2007).

Para operacionalizar o peripatetismo no cuidado à saúde, é necessário transitar pelos territórios, transpor limites e transbordar os consultórios, utilizando o espaço dentro-fora como facilitador da comunicação, criando vínculos inéditos em uma relação, até então, estereotipada e não terapêutica. No modelo peripatético de atenção em saúde, as ações devem ocorrer nos territórios geográfico e existencial dos sujeitos, combinando os diversos componentes da subjetividade. O ato

de fazer esse tipo de clínica visa a romper com coletivos altamente repetitivos, organizados de forma tecnoburocrática, onde os profissionais são regidos pelas dificuldades e se fecham de forma corporativista. O modelo peripatético de se fazer saúde busca eficácia e rompe com práticas segmentarizadas e burocráticas. Esse modelo surge como “espírito de inovação e de virulência afirmativa e força de convencimento para confrontar as tradicionais maneiras burocráticas e simplistas feitas para atender” (LANCETTI, 2007).

Trazendo para os grupos de TTTs a clínica peripatética, podemos contribuir para a efetivação do direito à saúde, em seu sentido amplo, garantindo acesso a ações e serviços marcados por um clima de aprendizado e inovação, onde o fazer é disruptivo para as mentalidades corporativistas e estigmatizantes, àqueles que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais. O cuidado peripatético se dá através de práticas ousadas, inovadoras e com potencialidade de transformação verdadeiramente terapêutica (LANCETTI, 2007). ■

## Referências

BENEDETTI, M. R. *Toda Feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENTO, B. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <[www.senado.gov.br](http://www.senado.gov.br)>. Acesso em: 10 set. 2011.

\_\_\_\_\_. *Lei 8080 de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>>. Acesso em: 10 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT lésbicas, gays, bissexuais e transexuais*. Brasília: SEDH, 2009.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Texto Base da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. 2008. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/sedh/colgbt/tebtaglbt.pdf>>. Acesso: 10 set. 2011.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como Conceito Estruturante na Luta Pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p.113-126.

FRANÇA, I. L. “Cada macaco no seu galho?": poder, identidade e segmentação de mercado no movimento homossexual. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 21, n. 60, p.104-115, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v21n60/29763.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2011.

FACCHINI, R. *Sopa de Letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.



FACCHINI, R. Entre compassos e descompassos: um olhar para o "campo" e para a "arena" do movimento LGBT brasileiro. *Bagoas*, São Paulo, n. 4, p.131-158, 2009.

JAYME, J.G. *Travestis, transfromistas, drag-queens, transsexuais: personagens e máscaras no cotidiano de Belo Horizonte e Lisboa*. 2001. Tese (Doutorado em Antropologia) – Departamento de Antropologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, SP.

KULICK, D. *Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2007

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde & Sociedade*, v. 17, n.2, p. 11-21, 2008.

MULLER, M. I.; KNAUTH, D. R. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é 'babado'!. *Cadernos EBAPE. BR*, v.6, n. 2, jun. 2008.

RAMOS, S.; CARRARA, S. A constituição da problemática da violência contra homossexuais: a articulação entre ativismo e academia na elaboração de políticas públicas. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2006 .

RIOS, R.R. Direitos humanos, direitos sexuais e homossexualidade. *Amazônica: Revista de Antropologia*, v. 3, n. 2, p. 288-298, 2011.

SANTOS, L. Direito a saúde e sistema único de saúde: conceito e atribuições. O que são ações e serviços de saúde. In: SOUZA, A. E. et al. (Org). *Direito a saúde no Brasil*. São Paulo: Saberes Editoras, 2010.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, suppl 2, p. 190-198, 2004.

WOLFE, B. M. *Travestis brasileiras*. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2011.

---

Recebido para publicação em dezembro de 2013

Versão definitiva em dezembro de 2013

Suporte financeiro: não houve

Conflito de interesse: inexistente

# Assassinatos de travestis e “pais de santo” no Brasil: homofobia, transfobia e intolerância religiosa

*Murder of transvestites and “pais de santo” in Brazil: homophobia, transphobia and religious intolerance.*

Felipe Bruno Martins Fernandes

<sup>1</sup> Pós-Doutorando em Antropologia Social na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. complex.lipe@gmail.com.

**RESUMO:** O texto aborda a vulnerabilidade de travestis e homens homossexuais ligados às religiões afro-brasileiras à violência letal no Brasil, onde não há legislação específica para caracterizar crime homofóbico ou transfóbico. É focado na Teoria Queer, que reconhece certas posições sociais como desprezíveis. Trabalha a relação entre sexualidade, raça e religião para refletir a violência letal contra gays e trans de camadas populares, pobres, negras e mestiças. Conclui refletindo sobre as respostas produzidas por ativistas LGBT e estudiosos envolvidos em reflexões queer, bem como sobre propostas de políticas públicas para combater a homofobia e a intolerância religiosa contra grupos subalternos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transfobia; Homofobia; Intolerância Religiosa

**ABSTRACT:** *This paper addresses the vulnerability of transvestites and homosexual men linked to African-Brazilian religions to lethal violence in Brazil, where there is no specific legislation to characterize homophobic or transphobic crime. It focuses on the Queer Theory, which recognizes certain social positions as contemptible. It works the relationship between sexuality, race and religion to reflect lethal violence against gay and transgendered from popular, poor, black and mestizo layers. It concludes by reflecting on the responses produced by LGBT activists and scholars engaged in queer reflections, as well as on public policy proposals to tackle homophobia and religious intolerance against subaltern groups.*

**KEYWORDS:** *Transphobia; Homophobia; Religious intolerance.*

*“Às vezes, por coisas sem sentido, acabamos perdendo pessoas importantes.*

*Às vezes erramos, às vezes arriscamos e somos felizes.*

*[...]*

*O destino reserva para todos os humanos uma certeza: a morte”*

Maiara de Jesus, morta em Camaçari/BA em 24/08/2012, vítima da lesbofobia

*outro lado nós temos brechas de mudanças, de novas concepções, de pautas que são assimiladas e aceitas [pela] chamada mídia hegemônica [...] [e que] começam a dar lugar à diferenciação, à diversidade e à pluralidade.*

Com base nesses pressupostos, proponho-me, de maneira inicial, a refletir sobre os efeitos da articulação do gênero, da sexualidade e da religião no quadro atual de violência letal contra travestis e pais de santo, particularmente, de religiões afro-brasileiras. Para tal reflexão, tomarei uma “situação etnográfica” (OLIVEIRA, 1999), ocorrida entre maio e agosto de 2011, em que sujeitos do campo de gênero e sexualidades de Florianópolis/SC (tanto do ativismo como da academia e da gestão municipal) se reuniram em torno da construção da I Conferência Municipal LGBTTT convocada pelo poder local.

O Brasil contemporâneo é definido pela sua diversidade religiosa, sendo que esse pluralismo marca, profundamente, o cenário nacional. Para Emerson Guiumbelli (2006), as lideranças religiosas têm focado em duas questões no cenário brasileiro: uma delas compreende a religião como posicionamento/pertencimento (ideologia), e a outra como instrumento de ação e intervenção social. Neste sentido, a produção discursiva dessas lideranças, para além da esfera religiosa, influencia na tomada de decisões, tanto na política do cotidiano (reprimindo ou liberando algumas práticas) quanto na política judiciária e deliberativa estatal. Vivenciamos, no Brasil, portanto, um momento em que inúmeras lideranças religiosas se fazem presentes também nas esferas legislativa e executiva do país, influenciando, diretamente, na tomada de decisões sobre questões pertinentes aos cidadãos brasileiros (GUIUMBELLI, 2006). Se a religião, no Brasil contemporâneo, é um importante campo nas configurações sociais, suas convicções, seus posicionamentos e atuações no campo da sexualidade influenciam as vivências e as políticas da sexualidade e do gênero, sendo priorizados pelas lideranças religiosas, como matéria de debate e regulação negativa, os temas do aborto e das homossexualidades (FERNANDES, 2011; GROSSI, 2012). Entretanto, o campo religioso também está em constante processo de transformação,

## Introdução

Na Antropologia Brasileira contemporânea, três marcadores sociais da diferença têm ocupado lugar central no campo de reflexões sobre Gênero e Sexualidades. A saber: as ‘identidades de gênero’, as ‘identidades sexuais’ e o ‘pertencimento religioso’. Nesse sentido, a interseccionalidade e a transversalidade dos marcadores sociais da diferença têm estruturado as análises recentes sobre Gênero, Raça, Sexualidade, Deficiências, entre outros. Como apontam Richard Miskolci e Larissa Pelúcio (2012), os processos contemporâneos de constituição tanto de posições hegemônicas como de subalternas, mas também de diferentes modalidades de cidadania, devem ser pensados em articulação, ou seja, devemos compreender os sujeitos como marcados por várias formas de pressão de enquadramentos político-metodológicos, que se expressam em novas formas de resistência e em relações inovadoras entre desejos de reconhecimento, deslocamentos e reinvenções. Além disso, Maria Luiz Heilborn (2011), ao comentar sobre o estado da arte da mídia brasileira no momento atual, afirma que,

*estamos diante de uma série de modificações em relação à velocidade com que as informações circulam no mundo, numa espécie de cenário que é permanentemente contraditório, coexistindo o que eu chamaria de dois grandes [...] núcleos de discurso. Um discurso extremamente conservador onde pululam estereótipos, [...] e que reproduzem um arcaísmo de representações sobre gênero, raça e orientação [sexual] e de*

e, ao mesmo tempo que as ideologias religiosas são reinventadas, elas estão sendo postas em prática. Se, por um lado, crescem extremismos e conservadorismos que propagam as homossexualidades como uma “ameaça” à sociedade (NATIVIDADE; OLIVEIRA, 2009), por outro lado, multiplicam-se ‘igrejas inclusivas’, em que uma nova “hermenêutica bíblica” tem afirmado a aceitação religiosa das homossexualidades (WEISS, 2012).

Se o Brasil é definido pelo pluralismo religioso, no que tange à expressão pública das religiões, o pertencimento cristão (em suas várias correntes) tem dominado a cena e imposto suas representações conservadoras e arcaicas sobre o gênero e a sexualidade. Como apontou Miriam Pillar Grossi (2012), em apresentação oral a respeito da etnografia sobre Mulheres no Poder (com ênfase particular na atuação e na trajetória política da presidenta Dilma Rousseff), não há como se pensar a política no Brasil contemporâneo sem levar em conta os embates de gênero, sexualidades e religião, ou seja, essas questões têm sido estruturantes e definidoras de posições na cena política global, com especial atenção para o crescimento da participação de religiosos cristãos no legislativo (e outras instâncias de tomadas de decisão) e sua pressão por marcação e manutenção dos valores cristãos pelo Estado brasileiro. Esse domínio da cena pública por lideranças religiosas fundamentalistas tem impactado as populações LGBTTTT em duas dimensões. De um lado, tem estruturado respostas coletivas contra as ofensivas do “fundamentalismo religioso”, em suas representações estereotipadas sobre o gênero e a sexualidade. De outro, tem fortalecido a reação homofóbica nacional (por vezes extremista) contra as populações LGBTTTT.

A hegemonia cristã no Brasil tem impactado negativamente não apenas as populações LGBTTTT, mas, também, as religiões afro-brasileiras. Para Vagner Gonçalves da Silva (2007, p. 207), o crescimento e o fortalecimento do neopentecostalismo no Brasil está em relação direta com a radicalização, nas denominações cristãs, do princípio de que a religião é uma experiência vivida no próprio corpo. Além disso, esses movimentos religiosos têm como função de base “eliminar a presença e a ação do demônio no mundo”. Como as religiões afro-brasileiras (e também o espiritismo kardecista) têm

a tradição da experiência religiosa no corpo, essas passaram a ser alvo de uma ‘batalha religiosa’, na qual o que está em jogo são mediações mágicas e o transe religioso. Dessa forma, não é o número de adeptos das religiões afro-brasileiras (1,7% da população, segundo o IBGE) o motivo da batalha travada pelos neopentecostais (é muito difundida a hipótese de que o objetivo da batalha é o proselitismo), mas uma disputa pela “eliminação do diabo”. Cabe lembrar o fato de que, no Brasil, há uma mistura entre o pertencimento às religiões afro-brasileiras e à religião católica, o que gera uma subnotificação de praticantes das religiões afro-brasileiras; bem como essa mistura marca o contexto nacional (fora das estatísticas oficiais), gerando um tipo de “duplo pertencimento religioso”. A batalha dos neopentecostais contra as religiões afro-brasileiras pode ser complexificada quando interseccionamos a mediação mágica com as questões de gênero e sexualidade. Para Emerson Guiumbelli (2006), nas religiões afro-brasileiras, há a quebra das noções de sagrado e profano (o céu e a terra), tão bem definidas no cristianismo, e essa quebra pode ser pensada em paralelo com as questões de gênero e sexualidades, pois, dessa forma, nas religiões afro-brasileiras, também são quebrados estereótipos de masculino e feminino, bem como de sexualidades ‘normais’ e ‘desviantes’ (através, por exemplo, da Pombagira – que representa uma prostituta; e de Iansã – que, mesmo tendo nove filhos, não se restringe ao lar). A batalha travada pelos neopentecostais contra as religiões afro-brasileiras é, portanto, uma batalha de visões de mundo sobre a realidade e o papel da religiosidade (GUIUMBELLI, 2006).

O Brasil contemporâneo é, também, definido pelos altos índices de violência letal contra as populações LGBTTTT. A violência letal começa a ser documentada, no país, através da ação pioneira do Grupo Gay da Bahia (GGB), sob a liderança do antropólogo Luiz Mott, no início dos anos 1980. O GGB passou a construir um Banco de Dados de evidências da violência letal homofóbica na mídia impressa, televisiva e virtual. Segundo o grupo, a violência letal homofóbica

*não se trata [...] de crimes comuns, fruto de assalto ou bala perdida, nem de crimes passionais*

*como as páginas policiais costumam noticiar. São 'crimes de ódio', em que a condição homossexual da vítima foi determinante no 'modus operandi' do agressor (MOTT, 2006, p. 514).*

Segundo a compilação dos dados do grupo, entre 1963 e 2004, foram documentados assassinatos de

**Quadro 1.** Assassinatos de Homossexuais no Brasil entre 1963 e 2004

ANO	GAY
1963-69	30
1970-79	41
1980-89	503
1990-99	1256
2000-04	671
<b>TOTAL</b>	<b>2501</b>

Fonte: MOTT, 2006, p. 513.

2501 pessoas LGBTTTT, sendo o maior índice fruto do fortalecimento dos movimentos LGBTTTT no Brasil, nos anos 1990 (QUADRO 1).

Segundo o relatório de 2002, do GGB, todos os crimes apresentam requintes de crueldade, sendo as *causa mortis* mais frequentes os tiros, as facadas e os espancamentos por pauladas (QUADRO 2).

É interessante pontuarmos que a maior parte dos casos, em 2002, não apresentou em sua descrição a raça/etnia da vítima (71% dos casos), e, quando apresentada, demonstra que a maioria dos assassinatos ocorre contra pessoas mestiças e negras (21% dos casos), sendo as últimas socialmente reconhecidas como mais presentes nas religiões afro-brasileiras. No que tange à profissão das vítimas, essas atuavam, majoritariamente, na indústria do sexo, seguidas de vítimas que trabalhavam como cabelereiros e, também, como professores. A maioria das vítimas se encontra na faixa etária entre 18-39 anos de idade, mas, cabe lembrar, a vítima mais velha no relatório de 2002 era um pai de santo, "Pai Ginu", conforme descrito abaixo:

**Quadro 2.** Causa Mortis dos Homossexuais Assassinados em 2002

CAUSA MORTIS	GAY	TRAVESTI	LÉSBICA	TOTAL
Tiro	22	17	-	39
Facada, estocada	29	7	3	39
Paulada, espancamento	13	4	1	18
Estrangulamento	7	2	-	9
Asfixia	3	1	-	4
Degolamento	6	-	-	6
Pedrada	4	1	-	5
Atirado da janela	1	-	-	1
Enforcamento, estrangulamento	1	-	-	1
Atropelamento Criminoso	1	-	-	1
Sem informação	3	-	-	3
<b>TOTAL</b>	<b>90</b>	<b>32</b>	<b>4</b>	<b>126</b>

Fonte: MOTT; CERQUEIRA, 2003

*No extremo oposto da grade etária destes crimes de ódio encontramos cinco homossexuais idosos com mais de 70 anos: o mais velho desta trágica lista, o baiano Eugênio do Nascimento Pinho, 86 anos, ‘Pai Ginu’, ‘babalorixá’, cujo corpo foi encontrado sem vida, com sinais de violência, em seu ‘Terreiro de Candomblé’ na periferia de Salvador (MOTT; CERQUEIRA, 2003; grifos meus).*

Sérgio Carrara e Adriana Vianna (2006) ampliaram o corpus de análise da violência letal contra pessoas LGBTTT no Brasil ao incluírem em sua pesquisa, no estado do Rio de Janeiro, além das notícias da mídia, os Boletins de Ocorrência, as peças do inquérito policial e o processo penal. Os autores assinalam duas questões pertinentes à violência letal homofóbica. De um lado, uma ‘indiferença policial’ na apuração dos crimes, uma vez que diagnosticaram que para os agentes de segurança os sujeitos das populações LGBTTT, vítimas de crime de ódio, eram ‘pessoas desajustadas’. De outro lado, os autores mostram a complexidade da violência letal homofóbica, que opera diferentes “hierarquias sociais”, marcadas pela classe e pelo gênero. Segundo os autores: “há uma clara confluência entre hierarquia de classe e gênero, já que as vítimas são, normalmente, travestis ou homossexuais pobres, envolvidos com prostituição ou moradores de favelas” (p. 245). Nesse sentido, as análises interseccional e transversal dos marcadores sociais da diferença são fundamentais para a compreensão do fenômeno da violência letal contra pessoas LGBTTT.

A partir dessa apresentação teórica, busquei mostrar que o Brasil contemporâneo pode ser caracterizado a partir: 1) de dois núcleos de discursos (conservadores e progressistas), presentes num cenário de permanente contradição; 2) da existência de uma ‘batalha religiosa’, que ganhou espaço e se consolidou no Estado brasileiro; e 3) de altos índices de violência letal contra pessoas LGBTTT, cujos casos podem ser definidos pela expressão ‘hierarquias sociais’. Com essas características em mente, retorno, agora, à situação etnográfica de organização da primeira Conferência Municipal LGBTTT de Florianópolis, cujos desdobramentos, no meu ponto de vista, possibilitam refletirmos, de forma inicial, sobre a

transversalidade da transfobia e do racismo, bem como da intolerância religiosa, quando analisamos o contexto da homofobia brasileira.

## Situação etnográfica

Nos dias 02 e 03/08/2012, foi realizada a “Mostra Audiovisual Homossexualidades, Racismo, Educação e Violências: a obra de Vagner de Almeida”. A opção pela mostra audiovisual se deu devido à obra de Vagner de Almeida cobrir a totalidade dos eixos temáticos propostos no texto-base, além de propiciar uma outra modalidade de formação, em que o produto audiovisual funcionou como disparador de discussões. O objetivo da mostra, que contou com a presença do cineasta e de uma série de debatedores, foi de “provocar discussões sobre cidadania e igualdade de gênero”. Foram exibidos 10 filmes do diretor, divididos em cinco sessões. A primeira sessão foi de abertura, e lançou o filme biográfico sobre a vida de Janaína Dutra, uma ativista e a primeira advogada travesti do Brasil, morta em 2004, cuja persona é muito respeitada no movimento LGBTTT nacional, uma vez que Janaína foi responsável pelo desenho da primeira política pública federal de defesa dos direitos humanos de travestis, além de ter sido autora do modelo das leis antidiscriminação (hoje, aprovadas em várias cidades brasileiras). As outras sessões foram “Lesbianidades”, “Identidades”, “Juventudes e Educação” e “Homofobia e Intolerância Religiosa”. Nesta última, foram exibidos os filmes “Basta Um Dia” e “Sexualidades e Crimes de Ódio”.

O documentário “Basta Um Dia” aborda a violência contra homossexuais na Baixada Fluminense, região periférica do Rio de Janeiro. “Basta Um Dia” é o título de uma canção de Chico Buarque, cuja letra remete ao período de ditadura militar no Brasil, afirmando que “pra mim, basta um dia, não mais que um dia, um meio dia. Me dá só um dia, e eu faço desatar a minha fantasia”. “Basta Um Dia”, de Vagner de Almeida, por outro lado, denuncia a violência letal, mas, também, a violência simbólica a que são submetidas as pessoas LGBTTT de camadas populares no Brasil, onde não há possibilidades de elaboração de projetos pessoais. Uma jovem travesti chega a afirmar que seu maior sonho é



Notícia sobre a morte de Antônio Carlos da Conceição

## **Homossexual é espancado até a morte por gangue em Capoeiras**

*Crime foi na madrugada desta segunda-feira, na frente do Flamengo, clube tradicional da região continental de Florianópolis*

POR EDSON ROSA, FLORIANÓPOLIS

Polícia investiga homicídio supostamente causado por homofobia. Antonio Carlos da Conceição, homossexual, foi espancado até a morte na madrugada desta segunda-feira, em Capoeiras, região continental de Florianópolis. Segundo testemunhas, ele estava sentado na frente do clube Flamenguinho, em Capoeiras, por volta da 1h da madrugada, quando foi abordado por um grupo de rapazes não identificados. A gangue cercou Antônio e começou a espancá-lo brutalmente, com pauladas e pedradas, até a morte. Os agressores fugiram em seguida, sem deixar pistas. Segundo o irmão da vítima, Antônio sofreu traumatismo craniano.

“viver para o dia seguinte”. Uma ideia recorrente nas falas de suas informantes é de que “não se tem a certeza do amanhã”, sendo a única certeza a de que “nossas amigas vão ser assassinadas”. As travestis e os familiares de vítimas da homofobia, entrevistados por Vagner, denunciam o descaso das autoridades policiais (de todos os casos narrados, nem um sequer foi solucionado). Além disso, uma ideia que me chamou atenção foi a interpretação que dão os entrevistados para ‘a banalização da homofobia’ nos discursos dos agentes de segurança, uma vez que tratam uma ‘situação crônica de violência letal’ como uma série de “casos isolados”.

A mostra foi avaliada como um sucesso, tendo alcançado tanto seus objetivos de formação da Comissão Organizadora e das pessoas interessadas na I Conferência como propiciado os debates necessários para a construção coletiva da política municipal de combate à homofobia e promoção da cidadania LGBTTTT. Havia, portanto, no campo de gênero e sexualidade da capital catarinense, uma euforia com relação às conquistas no governo local e ao sucesso da atividade pré-conferência na mídia local. Todos os principais jornais impressos e programas de televisão locais cobriram a Mostra, que teve suas seções lotadas

por um público diverso. A originalidade da mostra, em transversalizar os temas da homofobia com os temas do racismo, parecia ter estruturado, no campo LGBTTTT da capital, a noção de que a homofobia é um problema complexo, em que os vários marcadores sociais da diferença, particularmente, o gênero, a raça e a sexualidade, produzem diferenças de impacto da homofobia nos diferentes setores da sociedade.

No dia 08/08/2011, recebemos a notícia, por e-mail, de um crime homofóbico no bairro de Capoeiras, em Florianópolis. A notícia era vaga, e não dava muitos detalhes. Sabíamos que um senhor idoso havia sido morto por espancamento. Sabíamos que o espancamento havia durado cinco minutos e que seu rosto havia sido completamente desfigurado (QUADRO 3). Naquele mesmo dia, tínhamos reunião da “Comissão Organizadora”. No momento em que cheguei à Secretaria de Assistência Social, local que abriga todas as coordenadorias da prefeitura por segmento, e onde realizávamos nossas reuniões, fui abordado pelas gestoras de gênero, que estavam muito sensibilizadas com o caso. Propus a elas que homenageássemos o senhor durante a nossa conferência, e ponderei que, para isso, precisaríamos ter mais informações sobre a

vítima. Ligamos para a sessão catarinense da “Ordem dos Advogados do Brasil”, que acabara de constituir, em sua estrutura administrativa, uma “Comissão de Diversidade Sexual”. A coordenadora também não possuía maiores informações.

Nossa pauta da reunião foi substituída por discussões sobre o assassinato. Naquele momento, chegou à sala em que estávamos a gestora representante da “Coordenadoria de Políticas Públicas para a Promoção da Igualdade Racial”. A mesma veio nos informar que a vítima, Antônio Carlos da Conceição (61 anos), era babalorixá, e que seu irmão, “Carlos de Ogum”, era presidente da Federação Umbandista de Santa Catarina, instituição responsável pela legalização e pela concessão de licença de funcionamento dos templos (terreiros), além de exercer funções sociais e políticas em todo o estado.

Durante o mês de agosto, foi publicada uma série de notícias sobre a morte de Antônio. Uma testemunha assistiu ao assassinato. Os agressores foram quatro rapazes, que, após o espancamento, que durou cinco minutos, levaram o celular da vítima e seu casaco. Antônio estava vestido com indumentárias religiosas, marcando em seu corpo o pertencimento a uma religião afro-brasileira. Como foram levados o celular e o casaco da vítima, o delegado responsável pelo caso eliminou a hipótese de crime de ódio, afirmando a hipótese de latrocínio (roubo seguido de assassinato). Entretanto, a família discordava publicamente: “*Martaram meu irmão por causa da opção sexual dele*”, disse Carlos de Ogum. “*Podem até terem roubado as coisas dele, mas meu tio foi morto por ser homossexual*”, disse Tonhão, sobrinho de Antônio<sup>1</sup>. A testemunha afirmou que os quatro agressores estavam tentando arrombar os carros estacionados na rua antes de verem o babalorixá caminhando.

<sup>1</sup> “Família mantém denúncia de homofobia na morte de babalorixá em Florianópolis”. Publicada em 10/08/2011. Disponível em: <<http://www.ndonline.com.br/florianopolis/noticias/15286-familia-mantem-denuncia-de-homofobia-na-morte-de-babalorixa-em-florianopolis.html>>

## Conclusões

Retomo a proposta de Cláudia Fonseca (1999) para concluir este ensaio. Cada caso NÃO é um caso. Luiz Mott e Marcelo Cerqueira (2003) nos mostram a regularidade da presença de lideranças de religiões afro-brasileiras nas estatísticas de violência letal homofóbica no Brasil. E não foi diferente com Antônio. Embora os movimentos LGBTTTT e anti-aids brasileiros sejam capazes de documentar as representações de travestis e praticantes de religiões afro-brasileiras em produtos audiovisuais, essa produção não tem proporcionado a diminuição dos índices de violência letal. Mas, também, não se trata da questão de, simplesmente, baixar esses índices. Por detrás desse contexto de violência homofóbica no Brasil, os núcleos de discursos no cenário em permanente contradição mostram que, ao mesmo tempo que a Assistência Social, os Movimentos Sociais e os Núcleos Universitários de Gênero e Sexualidades do município de Florianópolis estão mobilizados em torno da construção de respostas contra a violência, esta está em nossa esquina. E não é qualquer homossexual que é morto. Nessa situação etnográfica, para a qual estive totalmente mobilizado, em função da construção de políticas públicas de combate à homofobia e ao racismo, a vítima foi um babalorixá, irmão do presidente da principal organização política das religiões afro-brasileiras do estado de Santa Catarina. Refletir sobre a complexidade do fenômeno da homofobia no Brasil contemporâneo exige reflexões e ensaios que busquem transversalizar os diferentes eixos de opressão, levando em conta os marcadores sociais da diferença e a definição de ‘hierarquias sociais’ na concretização do ato violento. Esta apresentação foi uma tentativa.

*Este texto é dedicado a Maiara (22 anos) e Laís (25 anos), vítimas de violência letal contra lésbicas. O casal, que morava junto há quatro meses, andava de mãos dadas em uma rua movimentada de seu bairro, no município de Camaçari/BA. Os corpos ficaram caídos um ao lado do outro. Isso aconteceu no dia 24/08/2012.*

## Referências

- AVRITZER, L. *Conferências Nacionais: ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil*. Brasília: IPEA, 2012.
- FERNANDES, F. B. M. *A Agenda anti-homofobia na educação brasileira (2003-2010)*. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, 2011.
- GIUMBELLI, E. (Org.). *Religião e sexualidade: convicções e responsabilidades*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- GROSSI, M. P. Dilma Presidenta: Embates de Gênero, Sexualidades e Religião. [Apresentação Oral]. Florianópolis: Grupo de Estudos Gênero e Ciências, *Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades*, Universidade Federal de Santa Catarina, abr. 2012.
- HEILBORN, Maria Luiza. Liberdade de expressão e diversidade de gênero. [Audiovisual], Agência Patrícia Galvão, 2011. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=hthqhmzjOFU>>. Acesso em: 07 nov. 2013.
- MISKOLCI, R.; PELÚCIO, L. (orgs). *Discursos fora da ordem: sexualidades, saberes e direitos*. São Paulo: FAPESP/AnnaBlume, 2012.
- MOTT, L. Homo-afetividade e direitos humanos. *Revista Estudos Feministas*, 2006, v.14, n.2, p. 509-521.
- NATIVIDADE, M.; OLIVEIRA, L. Sexualidades ameaçadoras: religião e homofobia(s) em discursos evangélicos conservadores. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, n. 2, 2009, p.121-161.
- OLIVEIRA, J. *Ensaio em Antropologia Histórica*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.
- ROSA, E. Homossexual é espancado até a morte por gangue em Capoeiras. 2011. Disponível em: <<http://www.ndonline.com.br/florianopolis/noticias/homofobia-faz-vitima-em-florianopolis-homossexual-e-espancado-ate-a-morte-por-gangue-em-capoeiras.html>>. Acesso em 07 nov. 2013.
- SILVA, V. Neopentecostalismo e religiões afro-brasileiras: Significados do ataque aos símbolos da herança religiosa africana no Brasil contemporâneo. *Mana*, 2007, v.13, n.1, p. 207-236.

---

Recebido para publicação em novembro de 2013

Versão definitiva em dezembro de 2013

Suporte financeiro: Bolsa CAPES-COFECUB – NIGS/UFSC – LISST/EHESS.

Conflito de interesse: inexistente

# Conjugalidades múltiplas nas travestilidades e transexualidades: uma revisão a partir da abordagem sistêmica e da psicologia social

*Transvestites and transsexual multiple conjugalities: a systemic and social psychology review*

Eduardo Lomando<sup>1</sup>, Henrique Caetano Nardi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Professor de Psicologia na Faculdade de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul (FADERGS) - Porto Alegre (RS), Brasil.  
eduardolomando@yahoo.com

<sup>2</sup>Doutor em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Professor do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.  
hcnardi@gmail.com

**RESUMO:** O objetivo deste artigo é realizar uma revisão da literatura brasileira sobre as conjugalidades nas experiências de travestis e de homens e mulheres transexuais. Os resultados dos oito trabalhos encontrados indicam um número variado de nomenclaturas dessas parcerias, com uma aparente fusão emocional conjugal, que funciona como mantenedora das identidades de gênero das/os participantes. Entretanto, encontram-se respostas criativas, que permitem a quebra do efeito halo entre identidade de gênero e desejo sexual, conduzindo à autonomia identitária e ao prazer.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pessoas transgênero; Identidade de gênero; Transexualidade; Travesti; Estado conjugal; Sexualidade.

**ABSTRACT:** *The goal of this article was to perform a Brazilian literature review in relation to the conjugalities in the experiences of transvestites and transsexual men and women. The results of the eight papers found show a variety of forms to denominate these partnerships, with an apparent conjugal emotional fusion that works as a maintainer the participants' gender identities. However, there are creative responses that allow an interruption in the halo effect between gender identity and sexual desire and lead to identity autonomy and to pleasure.*

**KEYWORDS:** *Transgender people; Gender identity; Transsexuality; Transvestite; Conjugal status; Relationship; Sexuality.*

## Introdução

Qual é a diferença entre travestis e transexuais? É frequente essa pergunta quando se aborda o tema, e uma das primeiras respostas dadas traz, sem necessariamente dar-se conta, o discurso médico-psiquiátrico: travestis se sentem homem e mulher, ao mesmo tempo, e não querem ‘cortar’ seu pênis. Já as transexuais se pensam mulheres, por isso querem operar. Entretanto, no decorrer do processo de compreensão dessas vivências, é possível observar que essa resposta é carente e que existem muitos outros saberes capazes de responder à pergunta, de formas complementares, paralelas e antagônicas. Inclusive, respostas que colocam as transexualidades e as travestilidades, em algumas questões, nos mesmos territórios. A conjugalidade é uma delas.

Percebe-se que para compreender as conjugalidades transexuais não é possível deixar de lado as experiências de parceria das travestis. Não é o objetivo deste artigo aprofundar o debate sobre as diferenças e semelhanças das vivências transexuais e travestis, pois, além de já existirem trabalhos que se dedicaram a essa temática (PELÚCIO, 2006; GALLI, 2008; KULICK, 2008; BARBOSA, 2010; LEITE JUNIOR, 2011), a questão se situa muito mais em uma autodefinição identitária do que em limites precisos que a ciência ou a lei possam delimitar. O que divide o mundo das/os transexuais e travestis pode estar nos campos discursivos médico, psicanalítico, social e experiencial. Mas algo que os/as une está exatamente na experiência identitária conflitante com as normas de gênero (BENTO, 2008), embora, nesse caso, a partir de um agente concreto, que metaforiza essas dinâmicas simbólicas: o/a cônjuge (cisgênero ou não). Don Kulick (2008), em um dos primeiros e mais importantes trabalhos etnográficos com travestis da cidade de Salvador/BA, na década de 1990, afirma que a maioria dos estudos sobre prostituição enfatiza a relação com a clientela, como se essa fosse a parte mais importante no universo das profissionais do sexo. Entretanto, afirma que

*[...] eu logo descobri que os namorados [...] são uma referência central e constante na vida delas. Os namorados consomem uma enorme quantidade*

*de tempo, das conversas, dos pensamentos – sem falar do dinheiro – das travestis. Elas orientam-se constantemente em função de seus namorados, ex-namorados e futuros namorados [...] Sem compreender o papel dos namorados, fica impossível compreender qualquer outra dimensão da vida das travestis. (KULICK, 2008, P. 114).*

A importância de compreender essas experiências está em buscar explorar se a experiência de conflito com a norma produz efeitos na conjugalidade, nos trabalhos que se dedicaram a pesquisar esse tema. Assim, o objetivo foi revisar a literatura em português, no contexto brasileiro, sobre as experiências conjugais de homens e mulheres transexuais e travestis. A escolha da revisão por conveniência se deve ao fato de já termos realizado uma revisão sistemática sobre o tema e de não termos encontrado, utilizando aquela técnica específica, diversos artigos e livros nacionais importantes nesse campo. Além disso, o objetivo deste trabalho não é generalizar a análise sobre os aspectos e as dinâmicas dessas relações, mas, sim, buscar agrupar e analisar as direções escolhidas pela literatura para a compreensão do tema. Com isso, pretende-se aprimorar o conhecimento dos profissionais das ciências da saúde e humanas e usá-lo como um gatilho para reflexão a respeito das narrativas de casais de travestis e de homens e mulheres transexuais sobre suas próprias experiências.

Para tanto, foram revisados três livros (KULICK, 2008; PELÚCIO, 2009; NERY, 2011), um capítulo de livro (CARDOZO, 2007), duas dissertações de mestrado (GALLI, 2013; ORNAT, 2008) e dois artigos (PELÚCIO, 2006; SEFFNER; MÜLLER, 2012), totalizando oito trabalhos. A tabela 01 resume as características de cada trabalho. Depois da leitura e da análise de cada texto, foram destacadas quatro temáticas referentes às relações conjugais de travestis e de homens e mulheres transexuais, que emergiram dos textos. São elas: (1) nomenclaturas dadas aos parceiros; (2) escolha conjugal e transgeracionalidade; (3) negociação sexual e autoafirmação; e, por último, (4) flexibilidade e criatividade.

## Análise inicial

Antes de analisar a questão a partir das temáticas propriamente ditas, é fundamental fazer alguns apontamentos.

Primeiramente, apesar da escolha da revisão por conveniência, nota-se uma quantidade superior de trabalhos sobre travestis profissionais do sexo, em detrimento de mulheres transexuais e, menos ainda, de homens

**Quadro 1.** Características dos trabalhos analisados

AUTOR (A)	ANO	DELINEAMENTO	PARTICIPANTES	ÁREA
Don Kulick	2008/ 1998 <sup>1</sup>	Qualitativo, etnografia, 08-12 meses, convivência diária com travestis.	35 travestis, profissionais do sexo (PS) de Salvador/BA.	Ciências Sociais (Antropologia)
Larissa Pelúcio	2006	Qualitativo, entrevistas com três casais.	Dois casais de travestis PS, com homens cis e um casal de duas travestis PS do Estado de SP.	Ciências Sociais (Antropologia)
Fernanda Cardozo	2008	Qualitativo, entrevistas semiestruturadas.	6 travestis PS de Florianópolis/RS.	Ciências Sociais
Márcio Ornat	2008	Qualitativo, grupo focal.	11 travestis PS de Ponta Grossa/PR.	Geografia (Gestão do território)
Larissa Pelúcio	2009	Qualitativo, etnografia, observação participante.	Travestis PS, parceiros de travestis e <i>T-lovers</i> do Estado de SP.	Ciências Sociais
João W. Nery	2011	Autobiografia	Autobiografia como homem trans, incluindo seus 5 relacionamentos.	–
Fernando Seffner & Magnor Müller	2012	Qualitativo, entrevistas e observações. Participantes por 2 anos.	Três casais de travestis PS e homens cisgêneros da região metropolitana de Porto Alegre/RS.	Educação
Rafael Galli	2013	Qualitativo, entrevistas semiestruturadas.	15 pessoas de Ribeirão Preto/SP que se autodefinem como: transexual (6), travesti (2), transgênero (1), transex (2) e mulher (1). Duas participantes não se definiram nas categorias existentes.	Psicologia

<sup>1</sup> A publicação em inglês é de 1998, porém sua tradução para o português ocorreu somente 10 anos após.

**FONTE:** Formatação própria.



transexuais. O único trabalho sobre homens trans no qual a conjugalidade é analisada é a autobiografia de João Nery. Compreendemos que isso se deve ao fato de que a denominação ‘travesti’ seja uma construção social de longa data, ancorada na cultura brasileira. Por outro lado, a denominação ‘transexual’ é relativamente recente no contexto nacional. Em segundo lugar, a grande maioria dos trabalhos (07 de 08) foi produzida depois do ano de 2006, constituindo a conjugalidade uma temática extremamente nova nas pesquisas sobre travestis e transexuais. Por último, percebe-se que todos os trabalhos são qualitativos, não havendo trabalhos de caráter quantitativo, com amostras representativas dessa população.

## Nomeando os parceiros

O subtítulo do texto de Larissa Pelúcio (2009) “Maridos, Bofes, Mariconas e Vício” resume as quatro formas por meio das quais as travestis se referem aos seus companheiros. Quando nomeiam parceiros e não parceiros/as, a escrita no masculino é proposital, pois verifica-se que essas variações de nomenclatura não aconteceram nos textos relacionados à experiência de homens transexuais ou mesmo de travestis que se relacionam com mulheres cisgêneras. E isso tem uma razão muito peculiar.

Larissa Pelúcio (2009) foi informada pela travesti Danil que “Travesti não tem namorado, tem marido” (p.77), pois a relação que elas estabelecem com homens que não são seus clientes quase sempre inclui a rápida coabitação. O termo ‘marido’ aparece como proposta de nomeação em oposição ao termo ‘namorado’, pois conferiria maior estabilidade, uma vez que, no campo da prostituição, ter um marido é sinal de status (KULICK, 2008; SEFFNER; MÜLLER, 2012). Porém, percebe-se que a valência de um relacionamento como status não é privilégio do mundo da prostituição. As relações conjugais já foram, e continuam sendo, um território que vai além da relação de amor e afeto. Há valores atribuídos socialmente, a partir do século XVIII, que contemplam dinheiro, status, filiação, alianças entre famílias, entre outros aspectos. (ARAÚJO, 2002).

O termo ‘vício’ é usado para um homem que é cliente, mas que, pelo prazer proporcionado à travesti, pode fazê-la não cobrar pelo programa, e, assim, perder dinheiro (KULICK, 2008). Já os termos ‘mariconas’, ‘viado’ ou ‘gay’ são empregados quando o marido ou cliente deseja fazer sexo oral nela ou quando deseja ser penetrado por ela. Por outro lado, os termos ‘bofê’, ‘ocô’, ‘homem’, ‘homem de verdade’ e ‘macho’ denotam um homem com características associadas ao estereótipo masculino, tais como: musculoso, tatuado, de fala curta e grossa, ativo sexualmente, ‘hétero’, viril, agressivo, possessivo, ‘bem dotado’, alto e jovem (PELÚCIO, 2006; CARDOZO, 2008; KULICK, 2008; PELÚCIO, 2009; SEFFNER; MÜLLER, 2012; GALLI, 2013). João Nery (2011), um dos primeiros homens transexuais da cena pública brasileira, descreve em seu livro que era muito atraído pela beleza, sensibilidade, leveza, sensualidade, charme, vaidade, suavidade e feminilidade de suas parceiras, fazendo referência às características típicas do estereótipo feminino.

Já o termo ‘T-lovers’ aparece na literatura como adotado pelos parceiros e clientes das travestis. O ‘T’ estaria no local de Travesti ou Transex, enquanto ‘lovers’ significa amantes. Assim, esses homens se afirmam como amantes, adoradores e apreciadores das ‘T-gatas’, como chamam as travestis. Todavia, esse grupo tem normas claras para as condutas sexuais e sociais, pois não querem ser associados à homossexualidade (PELÚCIO, 2009).

## Escolha do/a parceiro/a e transgeracionalidade: estereótipos e autoafirmação

Para a Abordagem Sistêmica<sup>1</sup>, a escolha de uma (ou mais) parceria conjugal é um momento fundamental para se compreender a relação, pois é a partir dela que muitas dinâmicas do relacionamento se estabelecerão (ANTON, 2009). Ao contrário do que existe no pensamento popular, esses momentos iniciais de encontros entre pessoas não são mero acaso. As escolhas são movidas por aspectos transgeracionais, ou seja, por valores, crenças, exigências, mitos, segredos, expectativas, entre outros, que são passados através das gerações familiares.

Essas características transgeracionais começam a ser demonstradas e negociadas na relação desde o primeiro encontro. Porém, é mais fácil que os parceiros percebam os aspectos superficiais (como beleza, simpatia, status, escolaridade etc.) do que os aspectos transgeracionais de suas escolhas (FERES-CARNEIRO, 1997; RIOS, 2005; WAGNER 2005). Apesar de alguns aspectos dessas escolhas conjugais aparecerem nas descrições e análises presentes nos trabalhos revisados, o que chama mais atenção é a forte motivação das travestis, das mulheres e dos homens transexuais para a escolha de parceiros/as representantes dos estereótipos de gênero.

A escolha de um ‘homem de verdade’ ou uma ‘mulher de verdade, feminina’ não é aleatória. Todos os sujeitos, de todos os trabalhos, são pessoas apresentadas como marcadas por duas questões: uma referência identitária de gênero, outorgada no nascimento (menino ou menina), que se materializa, por exemplo, em um nome de registro. Segundo, uma experiência de construção social de sua própria identidade (travesti, trans etc.), que, quando negociada com a inicial/registo, é vivenciada com rigidez e os/as impossibilita o acesso a diversos direitos. A vida dos/as participantes é marcada pela constante luta social autoafirmatória de suas identidades como travestis, homens/mulheres transexuais ou, até mesmo, como homens ou mulheres. E essa luta, frequentemente, começa de acordo com a forma que os/as autores/as das pesquisas apresentam os sujeitos

desses trabalhos em seu núcleo familiar e na rede social mais próxima. É, geralmente, na relação com pai, mãe, padrasto, madrasta, irmãos/ãs, tios/as, sobrinhos/as, avôs/ós, vizinhos/as etc. que a batalha ‘ontológica’ entre menino/homem e menina/mulher tem seu palco inicial. Cardozo (2008) relata que as travestis entrevistadas não se importavam tanto com o fato de seus familiares as tratarem pelo masculino, desde que as nomeações fossem “usadas com respeito” (p.242), da mesma forma que Nery (2011) conta que, mesmo argumentando, era forçado a usar vestidos e laços de cabelo pela mãe.

Na literatura sistêmica, o conceito de transgeracionalidade é, frequentemente, visto como intrafamiliar. Entretanto, esses valores, crenças e mitos familiares com relação a sexo, gênero e sexualidade não fazem parte de um aspecto que se restringe somente ao núcleo da família, mas que circula de forma independente da complexidade sociocultural (WAGNER, 2005). No tocante ao gênero e à sexualidade, suas raízes fazem parte de duas lógicas macrosociais interligadas, denominadas “heterossexualidade compulsória” (RICH, 2010) e “heteronormatividade” (BUTLER, 2012). De forma geral, enquanto a primeira lógica faz com que as pessoas assumam, automaticamente (compulsão), e avaliem o mundo social como sendo heterossexual, a não ser que comprovado de outra forma, a segunda mantém uma regra social (norma) binária (homem ou mulher), que afirma uma continuidade e uma congruência entre sexo/gênero/sexualidade, definindo como anormais (fora da norma) todas as narrativas, expressões e práticas que diverjam das linearidades pênis/masculino/atração-por-mulheres e vagina/feminina/atração-por-homens.

Assim, escolher um/a parceiro/a que é mandatário de uma polaridade de gênero pode ativar, através do uso dessas lógicas, uma representação social polarizada e oposta. Imaginemos um exemplo: uma pessoa qualquer observa um casal passeando na rua, sendo um deles uma representação estereotípica de um homem (como caracterizada anteriormente). A lógica da heterossexualidade compulsória poderá fazer com que esse observador pense que ao lado desse ‘homem’ somente poderia estar uma ‘mulher’, não outro homem. Assim como essa estratégia pode funcionar em direção ao exterior, ela funciona, principalmente, como um vetor constituinte da

<sup>1</sup> Resumidamente, a Abordagem Sistêmica é um conjunto de pressupostos teórico-práticos, criados a partir da década de 1950, nos EUA e na Itália, por diversos autores/as, como Bateson, Bowen, Haley, Minuchin, Satir, Palazzolli, Boscolo, entre outros/as, influenciados por paradigmas como a Cibernética, Teoria Geral dos Sistemas, Construcionismo Social, Construtivismo e, mais recentemente, pelas Teorias Eco-Sistêmicas (NICHOLS; SCHWARTZ, 2007). Atualmente, compreende as relações humanas a partir da intersubjetividade. Ou seja, entende que as singularidades dos sujeitos são produtos e produtores das relações que se tem com os diversos subsistemas com os quais interagimos (sociedade, família, trabalho, amigos, cultura etc.), em uma organização complexa, interativa e mais suscetível a probabilidades de resultados do que certezas determinantes (VASCONCELLOS, 2002).

singularidade desses casais, tomando os relatos tal como apresentados pelos/as autores/as, pois a escolha de um/a parceiro/a estereotipado/a é um componente que os/as ajudaria na afirmação de suas próprias identidades. Entretanto, essas performances também acabam por agir como reforços da heteronormatividade: “Um dos requisitos fundamentais do marido [...] é, pois, a garantia do desempenho ativo, reforçando nelas sua feminilidade» (SEFFNER; MÜLLER, 2012, p.290). Nas relações das travestis, “está claro quem é a ‘mulher’ e quem é o ‘homem’, uma vez que dentro do sistema simbólico próprio das travestis” (PELÚCIO, 2006, p.542) as relações entre pessoas que nasceram com o mesmo ‘sexo’ só podem ser compreendidas se os polos masculino e feminino estiverem presentes. Nery (2011, p.77-8) conta: “Quando era solicitado a me colocar numa posição de ‘receber’, sentia-me ameaçado, como se confundido com uma fêmea”. Da mesma forma que algumas mulheres transexuais e transgêneras entrevistadas por Galli (2013, p.157) “se esforçam ao máximo e têm o discurso de gênero como um elemento importante de seu roteiro sexual”.

Dessa forma, quando eles/as naturalizam o sexo, mantêm-se ligados/as a essa matriz heteronormatizadora e, “Informadas por uma gramática de conjugalidade heterossexual, as travestis (e os/as transexuais) têm dificuldade em elaborar um outro léxico para as relações conjugais que desenvolvem” (PELÚCIO, 2006, p.532). De forma irônica, mas própria da realidade pesquisada, Kulick (2008) afirma que, quando uma travesti tem uma relação com um ‘viado’ ou uma ‘maricona’, isso causa um curto-circuito conceitual no sistema de crenças das travestis, e faz com que elas se sintam como ‘lésbicas’. O autor conta que um casal de travestis que namoravam era constantemente agredido verbalmente pelas outras. Não necessariamente pela sua escolha conjugal, mas porque esse aspecto compelia as travestis agressoras a justificar, sem um pedido formal, suas próprias escolhas conjugais. Para refletir sobre essas dinâmicas, tomemos ferramentas da abordagem sistêmica para buscar uma melhor compreensão.

Murray Bowen (1992), um dos primeiros teóricos da abordagem sistêmica a investigar as relações de família e casal, propôs que as relações pessoais de intimidade podem variar de uma fusão relacional a uma

diferenciação de self. De forma geral, a fusão emocional acontece quando duas ou mais pessoas compartilham problemas dos quais não conseguem dar conta individualmente, criando exigências externas, muitas vezes não conscientes, para resolvê-los. Na fusão emocional, há uma constante vigilância e uma ansiedade de separação desse outro. Bowen disserta que, quando cada pessoa cria um espaço singular na relação e consegue, gradativamente, não mais depender emocionalmente do outro, dá um grande passo para diferenciar-se como sujeito. Isso não significa cortar os contatos emocional e social, mas, sim, diferenciar as suas emoções e exigências das dos outros, e, a partir disso, reagir a elas.

Assim, por um lado, a necessidade de um/a parceiro/a que corresponda ao estereótipo de gênero pode estar encobrindo a problemática vivida pelas travestis, pelos homens e pelas mulheres trans com as suas próprias identidades de gênero, através do olhar da abordagem sistêmica sobre os relatos apresentados. Buscar uma parceria estereotipada e demandar uma performance rígida de gênero pode demonstrar a entrega dessa tarefa a/ao parceira/o, de salvaguardar a suposta feminilidade ou masculinidade das/os participantes. Não se busca, aqui, afirmar que esse seja um processo específico dos homens e das mulheres trans e das travestis, pois homens e mulheres cis também podem acionar o/a companheiro/a como forma de assegurar uma posição identitária através do gênero e da sexualidade. O que está em questão é que o não reconhecimento social das identidades trans poderia produzir uma tensão maior nesse cotidiano. Isso os/as torna detentores/as de um equilíbrio instável, que gera ansiedade nos homens e nas mulheres transexuais e travestis.

Segundo muitos desses estudos (PELÚCIO, 2006; CARDOZO, 2008; KULICK, 2008; PELÚCIO, 2009; SEFFNER; MÜLLER, 2012, GALLI, 2013), essa ansiedade pode estar ligada ao medo que as/os transexuais e travestis têm de ver seus/suas companheiros/as demonstrando comportamentos que não correspondam ao regimento de gênero, pois isso as/os faria perder suas próprias identidades:

*Esse feminino construído e constantemente aperfeiçoado (pelas travestis) atravessa as relações*

*conjugais e, certamente, não se faz apenas para agradar aos clientes da prostituição. Ele guarda estreita relação com a masculinidade dos seus maridos, que é algo 'dado', não precisa ser 'aperfeiçoado', apenas 'demonstrado'... (ele) serve para delimitar a relação entre os gêneros.* (SEFFNER; MÜLLER, 2012, p. 289).

A relação estreita de gênero das parcerias é vista como algo 'dado' pelos/as participantes, provavelmente, porque tais características foram incluídas na busca dessa/e parceira/o, e, logo, não há aprimoramentos necessários, já que não existiria a possibilidade de outra escolha. A questão da fusão emocional está, precisamente, na exigência da constante demonstração desse gênero 'dado'. Não que a demonstração de performances estereotipadas seja um problema em si. Mas, como veremos, essa exigência impede qualquer flexibilidade nas posições de gênero e, usualmente, anuncia o fim do relacionamento. Um dos locais que emerge em todos os trabalhos como território dessa vigilante performatividade é a cama, na hora do sexo.

## **Na cama de pregos: o leito como território rígido da (auto)afirmação**

Para as travestis e para mulheres e homens transexuais das pesquisas em análise, que tanto mantinham essa dicotomia de gênero como afirmativa de suas identidades quanto a exigia nas relações conjugais, a cama era sempre a 'prova final' dessa rígida negociação:

*A cama é a arena onde alguns indivíduos de sexo masculino se tornam 'homens' (ao penetrarem um parceiro), e onde alguns outros se tornam 'mulheres' (ao se deixarem penetrar por aqueles homens). Portanto, é na cama que o gênero realmente se estabelece. Mas é também na cama que o risco de deslizamento do gênero se torna mais acentuado. É ali que se experimenta 'a hora H' [...] (um parceiro de uma travesti) acreditava que 'se eu ficar fazendo esse tipo de coisa (sexo anal), eu vou deixar de ser homem,*

*né? [...] Eu preciso me dominar, né'.* (KULICK, 2008, p. 140)

As participantes de Galli (2013) que se prostituíam definiam aqueles clientes que pediam para ser penetrados por elas como "não homens" (p.158), sublinhando a preocupação de não existirem mais 'homens de verdade' no mundo. Da mesma forma, Ornat (2008) sintetizava as narrativas de muitas de suas entrevistadas na fala de duas delas: "na relação sexual, a travesti deveria ser passiva e o companheiro ativo" (p.69); e "com os namorados a situação muda de contexto. Com eles, ela 'jamais' fez papel de ativa." (p.98). João Nery (2011, p.85), narrando sua relação com Mercedes, fala do grande desconforto de ficar nu na frente da parceira, pois, no seu entender, ela o veria como "igualzinho a ela. Enquanto vestido, mantinha certo porte". Conta que aprendeu a manipular a genitália da sua parceira e como isso lhe dava prazer. Porém,

*[...] como forma de retribuir a carícia, Mercedes teve a infeliz ideia de tentar tocar na minha genitália. Foi a gota d'água! Não tive condições mais de aguentar [...] Sabia que a minha impotência não estava na minha sexualidade propriamente dita, mas no meu sexo, enquanto humilhante e vergonhoso.* (NERY, 2011, p.89)

As preferências sexuais na cama ou em qualquer outro contexto são plurais e fruto do acoplamento entre as normas sexuais e as experiências de vida. A eroticidade e a busca do prazer e do gozo, segundo os trabalhos aqui analisados, estão mais conectadas com as posições e expressões de gênero do que com a genitália. A partir da leitura das entrevistas, tal como apresentadas em todos os trabalhos, não fica claro se o pedido de não utilização da genitália faz referência a alguma falta de sensibilidade dessas áreas. Porém, é clara a posição de gênero em que o seu suposto manuseio os/as colocaria. Assim, os/as participantes dessas pesquisas, ao mesmo tempo que relativizam o suposto contínuo entre sexo (genitália)-gênero-orientação sexual, a partir de suas

identidades trans e travestis, recriam uma suposta essência (KULICK, 2008; PELÚCIO, 2009).

Assumir uma identidade de gênero/sexual discordante da norma não é uma tarefa fácil, principalmente em um país onde a violência e o índice de assassinatos de travestis, gays e lésbicas são muito altos (BRASIL, 2012). Não é surpresa que, dentro desse duro campo de batalha, travestis, homens e mulheres transexuais acabem por seguir as heteronormas, uma vez que em diversos relatos eles/as estão absolutamente sozinhos/as nesses primeiros confrontos. É importante deixar claro que a proposta dessa hipótese explicativa não tem nenhum interesse em culpabilizar as/os participantes dos estudos aqui analisados, individualizar essa questão ou apontar para uma conformação aos arranjos conjugais – como se tratasse de prática absolutamente específica da travestilidade e da transexualidade, sem equivalente na heterossexualidade e na homossexualidade cis, uma vez que toda/os estamos sujeitos à mesma heteronormatividade. Muito pelo contrário. Compreende-se que o sofrimento causado pela transfobia, e vivido pelas/os participantes das pesquisas e por seus parceiros/as, talvez, possa ser um catalizador da reificação das polaridades de gênero como solução.

O objetivo dessa discussão é abrir o feixe de questões que envolvem a fixidez das possibilidades de expressão identitária e dos arranjos conjugais, que são fruto da violência da heteronorma. Assim, cabe perguntar, seria essa saída normativa a melhor forma de enfrentar o preconceito? Qual é o custo emocional e relacional que essa saída comporta para a qualidade do relacionamento? Como criar autonomia e diferenciação na construção da identidade de gênero face ao preconceito e à violência? As respostas a essas perguntas não são nada fáceis, mas pode-se começar com as palavras de Adrienne Rich (2010, p. 21) sobre o enfrentamento da heterossexualidade compulsória pelas mulheres:

*Não há nada em tal crítica que nos faça pensar enquanto vítimas, como se tivéssemos passado por uma lavagem cerebral ou estivéssemos totalmente sem poder. Tanto a coerção como a compulsão estão entre as condições nas quais as mulheres têm aprendido a reconhecer sua*

*própria força. Resistência é um grande tema no presente ensaio e no próprio estudo da vida das mulheres, se sabemos o que estamos procurando.*

E é dessa possível resistência, flexibilidade e criatividade nos encontros relacionais que trata o próximo ponto.

## **Criatividade, enfrentamento e flexibilidade relacional**

No início de sua autobiografia, João Nery (2011, p. 74) conta que não desejava uma mulher homossexual, mas uma mulher que fosse heterossexual o bastante a ponto de querer somente homens. Diz ele que “essa necessidade [...] talvez tenha sido a minha maior cruz e burrice na vida. Naquela época, ainda não dimensionava o perigo e a loucura dessa exigência emocional que denominei ‘coito perceptivo’”. Entretanto, no final de seu livro, ele revê suas experiências e revela:

*Solicitava-me nu, com ou sem pau (prótese), de todas as formas. Subia com a língua pelas minhas costas, me cheirava a nuca e acabava chupando meu pau minúsculo, que crescia em sua boca. Fazia-me gozar [...] Gina me fez conhecer as delícias da passividade. Podia, enfim, sentir uma mulher em cima de mim, me provando, me provocando, me tornando sultão de todos os sentidos. Tornou-se desimportante o ‘coito perceptivo’, a certeza de que minha parceira me percebia como um homem para que eu chegasse no orgasmo. Aprendi a não me torturar com minha possível imagem... (NERY, 2011, p. 266).*

A construção da narrativa de vida de João Nery é um potente analisador da recriação possível, que escapa da rigidez na qual a norma busca aprisioná-la. Há dois pontos que surgem nesse relato. Primeiro: quando Nery justifica sua escolha de uma parceira a partir das expressões de gênero fixas, ele está enfatizando a construção da sua identidade de gênero como homem. Mas,



quando fala sobre a relação dessa identidade com sua impossibilidade de prazer, limitada pela heteronorma ao coito perceptivo, como conceitua, ele está se referindo aos limites propostos pela norma à exploração erótica de seu corpo. Pode-se afirmar que, no início de sua narrativa, Nery foi vítima do ‘efeito halo’.

Descrito por Edward Thorndike (1970), na década de 1920, esse efeito é uma probabilidade de que a avaliação de uma determinada questão interfira no julgamento sobre outros fatores, contaminando o resultado geral e, assim, podendo criar um erro de avaliação. Esse efeito foi mais estudado para comprovar o quanto a primeira avaliação feita de uma pessoa (aparência física, por exemplo) pode influenciar, erroneamente, as demais avaliações sobre a mesma (inteligência, força, competência etc.). Entretanto, pode-se estender seu significado. Quando Nery e os outros/as participantes dos estudos, aqui em análise – e tomando os relatos tal como apresentados pelas/os pesquisadoras –, escolhem seus parceiros pelos estereótipos de gênero, estão avaliando que todos os outros efeitos dessa estereotipia aconteceriam. É a suposta correlação, ou efeito halo, entre identidade de gênero e performance erótica. Porém, as questões e problemáticas das identidades de gênero dos/as participantes das pesquisas em análise estão submetidas à norma que conforma suas existências, o que os/as torna alvos de disputas e de comprovações sociais constantes. Isso pode fazer com que o parceiro/a cisgênero funcione, através da fusão emocional do casal, como segurança e estrutura dessas identidades. Entretanto, são claros nos relatos os altos níveis de conflito conjugal e a baixa capacidade de resolução desses conflitos quando as fusões ocorrem.

Em razão do efeito halo, Nery e outros/as, ao verificar que a/o parceira/o não terá como cumprir os estereótipos da performance esperada – mesmo porque ela é sempre uma promessa impossível de ser cumprida, se tomarmos a conceituação Butleriana (2012) –, acabam por diminuir a confiança, a autoestima e/ou a segurança em suas identidades de gênero, causando um efeito de desprazer sexual. É o próprio ‘coito perceptivo’, mas não da percepção do parceiro/a sobre o quanto a travesti ou trans é passiva ou mulher, ou o trans é ativo ou homem; mas, sim, da segurança da percepção que

eles/as mesmo têm sobre suas identidades de gênero. É, provavelmente, por esse motivo que Nery declara que esse coito perceptivo foi um grande erro, com grande custo emocional.

Todavia, quando João Nery consegue, finalmente, perceber que está exigindo da parceira algo que, na realidade, é ele que tem de resolver consigo, na sua autodefinição como homem (seja esse homem quem ele quiser), é que finalmente consegue flexibilizar suas práticas eróticas. Um homem passivo que quebra o efeito halo quando toma pra si a autonomia de sua identidade de gênero na relação. João pode, enfim, compreender a percepção que sua parceira (e muitas outras antes dessa) tem dele como ‘homem’, assim como explorar seu corpo sem perder sua identidade. Essa possibilidade criativa e exploratória foi fruto do enfretamento de uma vida, e ofereceu a João a possibilidade de prazeres sexuais que nunca antes havia explorado.

Além disso, diferentemente das travestis estudadas por Pelúcio (2009) e Kulick (2008), João Nery rearranja léxicos da sexualidade e do gênero para além da heteronorma e do ‘coito perceptivo’ quando se concebe como um homem transexual que pode ser passivo na cama, e, também, quando renomeia seu órgão genital, batizando-o de ‘pau minúsculo’. Um verdadeiro exercício de criatividade singular e conjugal que oportuniza exercícios de saúde emocional e o retira do ciclo da tortura e do sofrimento mental que a heteronorma impõe.

Outras experiências também chamam atenção pela sua pluralidade e pelas construções léxicas. Os ‘T-lovers’ são outro exemplo, pois eles se consideram homens heterossexuais que buscam nas relações sexuais uma “mulher com algo a mais [...] com um brinquedinho [...] uma vírgula [...] um clitóris avantajado [...] greluda” (PELÚCIO, 2009, p.166). Eles compreendem que o conceito de ‘mulher’ pode incluir um órgão genital que não é, necessariamente, uma vagina. Muitos relatam, inclusive, gostar de utilizá-lo na relação sexual sem sentir que isso anule a sua identidade de homem. Porém, a ideia de que não são ‘homens de verdade’, como descrito pelas travestis e mulheres transexuais das pesquisas em análise, pode retirá-los do escopo das opções destas como parceiros, assim como das novas possibilidades de viver a sexualidade e o gênero de forma mais criativa e flexível.



Outras narrativas plurais também são expostas nos trabalhos em análise: a relação amorosa e sexual entre duas travestis com o uso do pênis da relação (PELÚCIO, 2006; KULICK, 2008; ORNAT, 2008; GALLI, 2013) e a relação de travestis e transexuais com mulheres cisgêneras (GALLI, 2013) são exemplos de configurações conjugais que, dependendo do modo como são negociadas, podem desafiar a rigidez normativa de uma suposta linearidade entre sexo/gênero/sexualidade.

## Conclusões: desafios à saúde e à educação

O objetivo deste trabalho foi revisar oito trabalhos que tratam da temática dos relacionamentos conjugais de travestis e de homens e mulheres transexuais. Foram eleitos quatro temas para análise: a) as formas como os/as participantes nomeavam seus parceiros a partir do tipo de relacionamento que estabeleciam; b) as raízes transgeracionais e as lógicas da heterossexualidade compulsória e da heteronormatividade na escolha desses/as parceiros/as como representantes dos estereótipos de gênero, na busca da autoafirmação identitária, em uma condição fusionada de relacionamento; c) a relação sexual como território dessa vigilância de performatividade; e, por fim, (d) as respostas criativas e flexíveis que esses homens e mulheres transexuais e travestis produziram e que permitem a quebra de uma ligação perigosa entre identidade de gênero e desejo sexual, conduzindo-os/as à autonomia identitária e ao prazer.

Mas qual é a relação entre tais aspectos singulares e conjugais com educação e saúde? Esses homens e mulheres transexuais e travestis ainda enfrentaram caminhos sociais dolorosos para construir suas identidades de gênero em oposição à heteronorma, percurso que começa na família e na rede social mais próxima (escola, igrejas, associações e vizinhança, entre outros espaços de socialização). Mas nem sempre essa batalha é ganha da forma como gostariam, pois o custo é alto. Assim, muitos/as participantes dessas pesquisas trazem e mantêm essa batalha no relacionamento conjugal como busca de uma afirmação identitária. Nesse processo, correm o risco de

impor normas de gênero rígidas aos/as parceiros/as, gerar conflitos conjugais, rigidez e fusão emocional, além de aumentarem a chance de dissolução dos relacionamentos. É uma problemática grave, e que, em casos extremos, pode até levar à ideação suicida, como no caso de João Nery (2011, p.78), quando, ao término de uma relação conjugal, em função da sexualidade: “pela segunda vez, desejei profundamente morrer.”

Assim, questiona-se: o que aconteceria se as/os travestis, os homens e as mulheres transexuais, ou qualquer pessoa que divirja das normas de gênero, pudessem ser auxiliados/as a refletir, problematizar e enfrentar as lógicas da heterossexualidade compulsória e da heteronormatividade desde o princípio? Como seria se fossem respeitadas/os nas construções singulares de suas identidades de gênero? Teríamos as mesmas narrativas relatadas pelos pesquisadores e participantes? Será que essas intervenções, partindo de políticas públicas questionadoras e transformadoras, tanto nas escolas quanto nas comunidades e na rede de saúde, poderiam mudar essa insegurança e a necessidade de vigilância dos/as parceiros/as como mantenedores das identidades de gênero?

Ao tomar relatos, tal como apresentados pelos/as pesquisadores/as, corre-se o risco de realçar uma especificidade da conjugalidade transexual e travesti que, de certa forma, poderia reforçar o estigma associado a essas identidades. Assim, torna-se fundamental afirmar que a vigilância das normas de gênero é algo que conforma todas as conjugalidades e marca pactos de submissão rígidos, tanto para a heterossexualidade cis como para a homossexualidade cis. A questão central que se enfatiza é a desconstrução da fusão relacional, seja em que arranjo for. Todavia, e infelizmente, a legitimidade social das trajetórias de vida e das identidades que foram objeto das pesquisas que analisamos é ainda contestada cotidianamente, o que reforça o papel dos profissionais de saúde e educação no rompimento da cadeia violenta da heteronorma. As histórias de mudança e superação relatadas nos estudos aqui analisados dão pistas de que esse poderia ser o caminho a ser tomado para uma vida mais livre, com menos sofrimento para travestis e homens e mulheres transexuais, assim como para seus/as parceiros/as e a própria relação conjugal. ■

## Referências

- ANTON, I. C. *O casal diante do espelho. Psicoterapia de casal, teoria e técnica*. Porto Alegre: Casa do psicólogo, 2009.
- ARAUJO, M. F. Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 22, n.2, p. 70-77, 2002
- BARBOSA, B. C. *Nomes e Diferenças: uma etnografia dos usos das categorias travesti e transexual*. 2010. Dissertação (Mestrado em Antropologia). – Universidade de São Paulo: São Paulo.
- BOWEN, M. *Family Therapy in Clinical Practice*. Washington: Rowman & Littlefield, 1992.
- BRASIL. *Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil: o ano de 2011*. Disponível em <<http://www.ajuris.org.br/tmp/impr/relatoriohomofobia.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2012.
- BUTLER, J. *Problemas de Gênero*. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.
- CARDOZO, F. Performatividades de gênero, performatividades de parentesco: notas de um estudo com travestis e suas famílias na cidade de Florianópolis. In GROSSI, M; UZIEL, A. P.; MELLO, L. (org). *Conjugalidades, Parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis*. Florianópolis: Garamond, 2007.
- FÉRES-CARNEIRO, T. A escolha amorosa e interação conjugal na heterossexualidade e na homossexualidade. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 10, n. 2, 1997, p. 351-386.
- GALLI, R. A. *Roteiros sexuais de transexuais e travestis e seus modos de envolvimento sexual-afetivo*. 2013, Dissertação (Mestrado em Psicologia). – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão preto. Ribeirão Preto.
- KULICK, D. *Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- LEITE JUNIOR, J. "Nossos Corpos Também Mudam": sexo, gênero e a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso médico científico. São Paulo: Anablume, 2011.
- NERY, J. *Viagem Solitária: memórias de um transexual trinta anos depois*. São Paulo: Leya, 2011.
- NICHOLS, M.; SCHATZ, R. *Terapia familiar: conceitos e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- ORNAT, M. J. *Território da Prostituição e Instituição do ser Travesti em Ponta Grossa – PR*. 2008. Dissertação (Mestrado em Gestão do Território). Universidade Estadual de Ponta Grossa. Rio de Janeiro.
- PELÚCIO, L. Três casamentos e algumas reflexões: notas sobre conjugalidade envolvendo travestis que se prostituem. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v.14, n.2, 2006, p. 522-534.
- \_\_\_\_\_. *Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids*. São Paulo: Annablume: Fapesp, 2009.
- RICH, A. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. *Bagoas*, Natal, n. 5, 2010, p. 17-42.
- RIOS, J. A. *Los ciclos vitales de la familia y la pareja*. Madrid: Editorial CCS, 2005.
- SEFFNER, F.; MÜLLER, M. Quem ama sofre, quem sofre luta, quem luta vence: da conjugalidade entre travestis e seus maridos. *Sociedade e Cultura*, Goiânia, v. 15, n. 2, 2012, p. 285-295.
- THORNDIKE, E. *Educational Psychology*. Westport, Conn.: Greenwood Press, 1970.
- VASCONCELLOS, M. J. E. *Pensamento Sistêmico. O novo paradigma da ciência*. 9.ed. Campinas: Papirus, 2002.
- WAGNER, A. *Como se perpetua a família?: a transmissão dos modelos familiares*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

Recebido para publicação em novembro de 2013

Versão definitiva em dezembro de 2013

Suporte financeiro: não houve

Conflito de interesse: inexistente

# Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos

*Abortion and public health in Brazil: reflections from the perspective of human rights*

Karla Ferraz dos Anjos<sup>1</sup>; Vanessa Cruz Santos<sup>2</sup>; Raquel Souza<sup>3</sup>; Benedito Gonçalves Eugênio<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Mestre em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGES/UESB) – Jequié (BA), Brasil. karla.ferraz@hotmail.com

<sup>2</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGES/UESB) – Jequié (BA), Brasil. vanessacruz@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Pesquisadora da Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil. Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia (UFBA) – Vitória da Conquista (BA), Brasil. raquelasouzas@hotmail.com

<sup>4</sup> Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Professor Adjunto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Vitória da Conquista (BA), Brasil. beneditoeugenio@hotmail.com

**RESUMO:** O estudo objetivou descrever a relação entre aborto e saúde pública no Brasil, sob a perspectiva dos direitos humanos. Trata-se de uma revisão de literatura realizada na base de dados SciELO. Verificou-se que a busca de mulheres pelos seus direitos perdura por décadas e, mesmo alcançando várias conquistas, como as ocorridas na assistência à saúde da mulher, ainda são necessárias outras mudanças, como, por exemplo, na assistência preventiva da gravidez indesejada e no respeito aos direitos humanos de mulheres que desejam abortar. Conclui-se que, por conta da criminalização do aborto no País, diversas mulheres realizam este procedimento de forma insegura, provocando danos a sua própria saúde, o que se configura em uma violação dos direitos humanos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da mulher; Aborto; Direitos sexuais e reprodutivos; Autonomia pessoal; Direitos humanos.

**ABSTRACT:** *The study aimed to describe the relation between abortion and public health in Brazil from the perspective of human rights. This is a literature review, held in the SciELO database. It was found that the search of women for their rights endures for decades and, even reaching various achievements, such as those that occurred in women's healthcare, there are still required other changes, such as preventive assistance of unwanted pregnancy and the human rights of women wishing to abort. It is concluded that, because of criminalization of abortion in the country, several women perform it in a unsafely manner, causing damage to their own health, a violation of human rights.*

**KEYWORDS:** *Women's health; Abortion; Sexual and reproductive rights; Personal autonomy; Human rights.*

## Introdução

A trajetória das mulheres na busca por seus direitos provém de décadas atrás. Entre esses direitos está o acesso aos serviços e ações de saúde de qualidade, o que não acontece efetivamente no Brasil, mesmo após a implantação de políticas públicas que incluem a saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

No Brasil, a saúde da mulher foi inserida nas políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo, neste período, restrita às demandas referentes à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, criados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, traduziam uma visão limitada sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais membros da família (BRASIL, 2007a).

Historicamente, a posição reservada às mulheres, no que se refere às normas sexuais e reprodutivas, era um dos pontos de maior tensão no momento da elaboração e da aplicação de leis e políticas. Geralmente, estas leis e políticas estabeleciam mais restrições à liberdade sexual e reprodutiva feminina, justificadas como necessárias para a reprodução e o desenvolvimento saudável da população (VENTURA, 2009).

Em se tratando dos direitos das mulheres, especificamente os relacionados à saúde sexual e reprodutiva, é importante enfatizar que o planejamento familiar, inserido nas Estratégias de Saúde da Família, precisa realizar ações direcionadas à saúde integral da mulher, não a restringindo ao seu papel social de procriação, mas também abrangendo a prevenção da gravidez indesejada, que, por conseguinte, pode desencadear o aborto induzido. Para Nader, Blandino e Macie (2007), a principal problemática do aborto induzido está associada à gravidez indesejada, sendo preciso, portanto, ampliar as possibilidades de planejar a gestação, valorizando assim, o Planejamento Familiar.

Um estudo realizado sobre a epidemiologia do aborto em uma população em situação de pobreza na Favela Inajar de Souza, em São Paulo (SP), identificou um elevado número de abortos inseguros entre as mulheres. Na maioria das vezes, as mulheres em situação

de pobreza recorrem ao aborto clandestino como forma de “planejamento familiar”, como denotam as taxas de gestação. Porém, no grupo estudado, verificou-se também a elevada taxa de complicações pós-aborto revertidas em internações hospitalares (FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008).

Uma das problemáticas referentes ao aborto, que emerge como questão de saúde pública, é a sua forma de realização, que ocorre, na maioria das vezes, de maneira clandestina e insegura, provocando várias implicações biopsicossociais à mulher. Além disso, abortar em condições desfavoráveis à saúde é uma violação dos direitos humanos, principalmente para as mulheres com baixo grau de escolaridade, pobres e negras.

O ato de abortar de forma insegura pode ser considerado uma injustiça social. Índices de mortalidade decorrentes do aborto, na maioria das vezes, refletem mulheres solteiras ou separadas judicialmente. As desigualdades dos efeitos danosos da clandestinidade e da criminalização do aborto atingem principalmente a parte mais vulnerável da população, de mulheres pobres e negras, com baixa escolaridade; as mais jovens e aquelas com menor acesso à informação. Além disso, quando se trata da razão de mortalidade materna por aborto, em relação às mulheres negras, obtém-se 11,28/100 mil nascidos vivos, ou seja, duas vezes mais do que em relação às mulheres brancas (MARTINS; MENDONÇA, 2005).

Tratando-se da ilegalidade do aborto no Brasil, verifica-se que esta favorece o ganho ilícito de pessoas com manobras abortivas e a sociedade permanece enraizada em ideologias favoráveis à criminalização apenas das mulheres, não analisando quem elas são, o risco de morbidade e mortalidade ao praticar o aborto, a eficácia de programas de planejamento familiar e as iniquidades existentes no contexto social do qual as mesmas fazem parte (SOUZA; DINIZ; COUTO, 2010).

Diante desse contexto, justifica-se a realização do presente estudo, que está subsidiado na discussão do aborto clandestino e/ou inseguro, considerado um problema complexo de saúde pública no Brasil e que, entre seus determinantes, encontra-se a sua criminalização, uma violação dos direitos humanos, sexuais e

reprodutivos. Isto, principalmente das mulheres mais vulneráveis à prática do abortamento inseguro.

Este estudo tem como objetivo discorrer sobre aborto e saúde pública no Brasil, sob a perspectiva dos direitos humanos.

## Material e métodos

Estudo de revisão de literatura, a princípio, realizado por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), sendo conduzido na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A pesquisa estendeu-se aos arquivos do Ministério da Saúde (Brasil), da organização Católicas pelo Direito de Decidir, do Conselho Federal de Medicina e do Núcleo de Estudos de População e Rede Feminista de Saúde. A busca dos estudos ocorreu a partir dos seguintes descritores: saúde da mulher; aborto; direitos sexuais e reprodutivos; autonomia pessoal; e direitos humanos. Na articulação das palavras foi adotada a expressão *booleana* “AND”, que permite a inserção de duas ou mais palavras. O período de busca deu-se entre os meses de abril e julho de 2012.

Os critérios utilizados para inclusão do material selecionado foram: disponibilidade *on line* do texto completo; relação dos artigos com o aborto ilegal; e trabalhos favoráveis e defensivos à descriminalização do aborto, à saúde da mulher, a raça/cor e ano de publicação a partir de 2002. A escolha do período de publicação ocorreu devido ao fato de o Ministério da Saúde (MS) ter elaborado, no referido ano, o Manual de Assistência ao Planejamento Familiar, instrumento que também norteou a discussão da temática. Foram excluídos os artigos que se encontravam duplicados na base de dados, que abordavam apenas o aborto espontâneo e os que não continham, no título, o termo aborto.

A partir da busca na base de dados foram encontrados 133 trabalhos relacionados ao tema. Dentre esses, realizou-se a leitura flutuante de 24, que resultaram em leitura exaustiva e seleção de 14 para a construção do estudo (Tabela 1).

Os artigos analisados abordam questões relacionadas à legalização do aborto, à mortalidade materna, à magnitude do aborto no Brasil, às implicações do aborto na saúde pública, a aborto e contracepção, à autonomia da mulher, aos direitos humanos e à decisão pela prática do aborto. Os textos de órgãos e organizações

**Tabela 1.** Apresentação da síntese dos artigos utilizados na revisão de literatura, segundo autor, ano, título, periódico e base de dados. Vitória da Conquista – BA, Brasil, 2013

AUTOR/ANO	TÍTULO	ÁREA DE CONHECIMENTO PUBLICADA	PERIÓDICO E BASE DE DADOS
CECATTI, J. G. ET AL./ 2010	<i>Aborto no Brasil: um enfoque demográfico</i>	Ginecologia e Obstetrícia	Rev Bras Ginecol Obstet SciELO
DINIZ, D.; MEDEIROS, M./2010	<i>Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna</i>	Saúde Coletiva	Ciênc Saúde Coletiva SciELO
DOMINGOS, S. R. F.; MERIGHI, M. A. B./2010	<i>O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem</i>	Enfermagem	Esc Anna Nery SciELO
FREIRE, N./2012	<i>Aborto seguro: um direito das mulheres?</i>	Ciência e Cultura	Cienc Cult SciELO

AUTOR/ANO	TÍTULO	ÁREA DE CONHECIMENTO PUBLICADA	PERIÓDICO E BASE DE DADOS
FUSCO, C. L. B.; ANDREONI, S.; SILVA, R. S./2008	<i>Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza. Favela Inajar de Souza, São Paulo</i>	Epidemiologia	Rev Bras Epidemiol SciELO
GESTEIRA, S. M. A.; DINIZ, N. M. F.; OLIVEIRA, E. M./2008	<i>Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem</i>	Enfermagem	Acta Paul Enferm SciELO
GOLLOP, T. R./2009	<i>Por que despenalizar o aborto?</i>	Ciência e Cultura	Cienc Cult SciELO
MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L./2009	<i>Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva</i>		Cad Saúde Pública SciELO
NADER, P. R. A.; BLANDINO, V. R. P.; MACIE, E. L. N./2007	<i>Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra – ES</i>	Epidemiologia	Rev Bras Epidemiol SciELO
PEREIRA, I. G./2009	<i>Casuística de abortos legais realizados no hospital do Jabaquara entre 1989 e 2007</i>	Saúde e Sociedade	Saúde Soc SciELO
PEREIRA, V. N. ET AL./2012	<i>Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas</i>	Saúde e Sociedade	Saúde Soc SciELO
SCAVONE, L./2008	<i>Políticas feministas do aborto</i>	Estudos Feministas	Rev Estud Fem SciELO
SOUZA, Z. C. S. N. ET AL./2010	<i>Trajatória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade</i>	Enfermagem	Acta Paul Enferm SciELO
TEMPORÃO, J. G./2012	<i>Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil: conquistas recentes e desafios prementes.</i>	Ciência e Cultura	Cienc Cult SciELO

governamentais e não governamentais resultaram em leitura flutuante e seleção de 14 deles para análise. Além disso, fez-se necessária a inclusão de um livro para contextualizar a discussão.

Para a revisão, os artigos foram lidos na íntegra, filtrados e analisados conforme o objetivo proposto e a

relevância científica e social dos mesmos. Em seguida, houve a organização e a codificação do material, que seguiu o tratamento dos resultados, com a categorização dos dados, que foi produzida em cinco categorias, a saber: 1) Saúde da mulher com ênfase no Planejamento Familiar; 2) Aborto e saúde pública no Brasil; 3) Aborto



e a legalização; 4) Implicações do aborto clandestino e/ou inseguro; e 5) Autonomia pessoal, direitos sexuais e reprodutivos como expressão dos direitos humanos.

## Resultados e discussão

### SAÚDE DA MULHER COM ÊNFASE NO PLANEJAMENTO FAMILIAR

No Brasil, nos anos 1980, a ideia de um conjunto de direitos sexuais e reprodutivos também foi introduzida em reivindicações feministas. No campo da saúde, um dos aspectos marcantes da mobilização de feministas e sanitaristas foi a formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), aprovado pelo Governo Federal em 1983. Essa proposta rompia com a preocupação limitada da saúde materno-infantil sob a perspectiva do nascituro e da família, e agregava ações direcionadas para além do ciclo gravídico-puerperal, introduzindo assim, um plano de assistência integral à mulher em todas as fases de sua vida, abarcando, inclusive, as questões relacionadas ao exercício da sexualidade e da autonomia reprodutiva feminina (BRASIL, 2011).

De acordo com Rocha e Barbosa (2009), no transcorrer dos anos, a visão restrita que se tinha sobre a mulher como um ser submisso foi se transformando. A mulher era predestinada a dar à luz, conceber, mesmo sem almejar, não encontrando alternativas para a contracepção, que era moralmente condenada, até certo tempo, mesmo quando esta era casada. Ao se referir à contracepção, particularmente entre as mulheres mais jovens, há déficit de informação sobre os métodos, que, em várias circunstâncias, são utilizados de maneira irregular ou incorreta, expondo-as ao risco de gravidez.

Conforme o proposto pelo Ministério da Saúde, Brasil (2002), foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pela Presidência da República a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que regulamenta o Planejamento Familiar. Esta lei estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) têm a obrigatoriedade de garantir à mulher, ao homem ou ao casal, na rede de serviços, assistência à concepção e

à contracepção como parte integrante das demais ações que fazem parte da assistência integral à saúde.

O governo brasileiro, no final de 2007, lançou o Programa Especial de Planejamento Familiar, buscando contornar a problemática relacionada ao aborto, e foi apoiado por um grupo de feministas, que aproveitou o momento para manifestar os princípios feministas do estado laico, dos direitos reprodutivos, da questão do aborto inseguro e a afirmação do projeto de descriminalização (SCAVONE, 2008).

Neste sentido, o Planejamento Familiar, inserido na atenção primária à saúde, precisa ser subsidiado não apenas na reprodução de informações, mas também na criação de espaços de diálogo para que tanto as mulheres quanto, principalmente, os homens possam ser protagonistas e estar envolvidos neste processo e por ele se responsabilizem, participando das decisões pelo método contraceptivo e dividindo com as mulheres o direito a uma vida reprodutiva que seja guiada pela escolha consciente (NADER; BLANDINO; MACIE, 2007).

Na rede de atenção do SUS são imprescindíveis: a implementação de ações que garantam às mulheres informações e o acesso aos métodos contraceptivos, incluindo também a contracepção de emergência, inserida na perspectiva da integralidade da assistência à saúde, como preconiza o PAISM há duas décadas (MENEZES; AQUINO, 2009).

A anticoncepção de emergência, conhecida como pílula do dia seguinte, é outro recurso disponibilizado no âmbito do SUS. Ela é utilizada com o objetivo de prevenir a gravidez indesejada em situações excepcionais, não devendo ser utilizada rotineiramente, em substituição a outros métodos anticoncepcionais. Essa pílula é fornecida desde 2003 aos municípios que possuem população igual ou superior a 50 mil habitantes (TEMPORÃO, 2012).

Acredita-se que as condições socioeconômicas desfavoráveis podem se relacionar com dificuldades para o acesso a informações e aos métodos adequados para se prevenir uma gravidez indesejada, e o abortamento induzido funcionaria como um método de planejamento familiar para mulheres mais carentes, o que é preocupante, pois provavelmente seria realizado de

maneira insegura, contribuindo para a morbimortalidade materna (CECATTI *et al.*, 2010).

Devido às desigualdades em saúde existentes no Brasil, nas relações de gênero/raça-etnia, e à injustiça social no Brasil, principalmente em se tratando das mulheres negras, criou-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a PAISM. Historicamente, à população negra foram impostas a subalternização à pobreza e condições mais precárias de vida, o que exigiu políticas específicas para, ao menos, reduzir as desigualdades no País (BRASIL, 2007b). Entre estas desigualdades estão as relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, uma vez que são as mulheres negras (pardas e pretas) as maiores vítimas de gravidez indesejada e, conseqüentemente, as que realizam maior número de aborto clandestino e/ou inseguro.

## ABORTO E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Segundo o Ministério da Saúde, o aborto é a interrupção da gravidez até a 20<sup>a</sup> ou 22<sup>a</sup> semana, com o produto da concepção pesando menos de 500 g, sendo este eliminado no processo de abortamento. As causas de abortamento são várias, entretanto, na maioria das vezes, permanecem indeterminadas e inúmeras gestações são interrompidas por decisão própria da mulher (BRASIL, 2010).

Tratando-se da caracterização do aborto no Brasil, verifica-se predominância de mulheres entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito filhos, trabalhadoras, com pelo menos 1 filho e usuárias de métodos contraceptivos. Estima-se que 1.054.242 abortos foram induzidos em 2005. A fonte de dados para esse cálculo foram as internações por abortamento registradas no Serviço de Informações Hospitalares do SUS. A maior parte dos casos aconteceu no Nordeste e no Sudeste do País, com taxa anual de aborto induzido de 2,07 por 100 mulheres entre 15 e 49 anos (BRASIL, 2009).

Estudo realizado por Cecatti *et al.* (2010), para avaliar a prevalência referida de abortamento espontâneo e induzido em uma amostra de mulheres brasileiras entrevistadas na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), de 1996, demonstra que as mulheres que informaram ter realizado aborto espontâneo ou

induzido apresentaram características sociodemográficas semelhantes quanto a idade e número de nascidos vivos. Entretanto, as mulheres que referiram ter tido ao menos um aborto induzido geralmente não eram de cor/raça branca (parda e preta), residiam em áreas urbanas, principalmente no Rio de Janeiro, e estavam trabalhando na época da entrevista. A menor escolaridade e a declaração de cor/raça não branca estiveram indiretamente associadas à pobreza e, conseqüentemente, a um maior risco para o aborto induzido de maneira insegura e com maior risco de morte.

De acordo com o Ministério da Saúde, Brasil (2010), o aborto no Brasil acontece em cerca de 10% das gestações. Entre eles, a maior parte é provocada das mais diferentes maneiras. O abortamento no País resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo déficit de informações sobre a anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no seu uso, uso irregular ou inadequado e/ou ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde.

O estudo de Diniz e Medeiros (2010) chamado “Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna” apresenta os primeiros resultados da Pesquisa Nacional sobre Aborto (PNA), levantamento realizado em domicílios de todo o Brasil urbano. As evidências indicaram que o aborto não era realizado somente para postergar o princípio da vida reprodutiva ou evitar filhos em idades avançadas, pois se notou que cerca de 60% das mulheres fizeram seu último, ou único aborto, no centro do período reprodutivo (18 e 29 anos). Entre as mulheres que abortaram, 23% tinham até o 4º ano do ensino fundamental e 12%, o ensino médio completo.

No Brasil há déficit de estudos epidemiológicos sobre abortamento inseguro, clandestino, especialmente quanto se trata de populações vulneráveis, de renda muito baixa, nas quais existe um peso maior do aborto sobre as taxas de morbidade e mortalidade materna (FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008).

Enfrentar o fenômeno do aborto como uma questão de saúde pública significa entendê-lo como uma questão de cuidados em saúde e não como um ato de infração moral de mulheres consideradas levianas. E, para essa redefinição política, existem algumas

tendências que se mantêm nos estudos à beira do leito com mulheres que abortaram. O conveniente é que essa descrição não representa apenas as mulheres que abortam, mas as mulheres brasileiras. Neste sentido, compreender o aborto como uma questão de saúde pública em um Estado laico e plural representa um novo caminho de argumentações, no qual o campo da saúde pública no Brasil suscita complexas e relevantes evidências para o debate (DINIZ, 2007).

O aborto, considerado um grave problema de saúde pública, precisa ser enfrentado na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos. É forçoso reconhecer que penalizar as mulheres que recorrem à prática do aborto com a cadeia, como determina o Código Penal anacrônico, de 1940, é absurdo, além de irreal, uma vez que não se tem filhos por força de lei, tê-los é um projeto afetivo e de responsabilidade de homens e mulheres. Criminalizar o aborto significa penalizar as mulheres, principalmente, as de classes sociais menos favorecidas, que são as que necessitam solucionar sua gestação indesejada, muitas vezes, de maneira insegura (GOLLOP, 2009).

## ABORTO E A LEGALIZAÇÃO

Em países como o Brasil, onde o aborto é criminalizado na maioria das situações, há uma perversidade para com as mulheres, especialmente, às de classe social menos favorecida. Neste contexto, verifica-se que o caráter de ilegalidade do aborto favorece a sua realização de maneira clandestina, e isso é sentido na ausência de serviços e na má qualidade da assistência. Por esse motivo, a quantidade elevada de abortos induzidos no País pode ser constatada (GESTEIRA; DINIZ, OLIVEIRA, 2008).

O Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya, localizado em Jabaquara, na Zona Sul da cidade de São Paulo (SP), foi o pioneiro na implantação de programas de atenção à violência sexual contra mulheres e à realização de abortos previstos em lei, desde 1989. São atendidos os casos previstos no Código Penal Brasileiro (CPB), no Artigo 128, em que “não se pune o aborto praticado por médico quando: não houver outro meio de salvar a vida da gestante; se a gravidez resulta de estupro e o aborto for precedido do consentimento da

gestante e quando menor ou incapaz, de seu representante legal”. Nos últimos anos incorporou-se o abortamento por malformação fetal grave e incompatibilidade com a vida extrauterina, sendo necessária a autorização judicial (PEREIRA, 2009).

Desde o início do funcionamento do Hospital Artur Saboya de Medeiros, foram fundados cerca de 55 outros serviços no SUS, geralmente localizados em grandes cidades, na maioria, capitais de estados. É evidente que essa rede é insuficiente para um país das dimensões do Brasil. Existe, entretanto, empenho do Ministério da Saúde para ampliar essa rede e capacitar equipes de saúde (GOLLOP, 2009).

No que se refere à legislação e ao aborto no Brasil, em 2012, com a decisão do Supremo Tribunal Federal, mulheres com fetos anencefálicos obtiveram o direito de abortar, o que antes somente era possível a partir da autorização judicial. Entende-se que, nesta situação, não ocorre a formação do cérebro no feto e que esse procedimento não é criminoso perante a justiça, garantindo assim que mulheres possam interromper a gestação desses fetos (KLASING, 2012).

Mesmo diante das severas restrições legais do Brasil, o aborto é realizado por diversas mulheres, isto devido ao fato de parte delas compartilharem da mesma situação de ilegalidade da intervenção. Quando a mulher recorre ao aborto inseguro, fica exposta ao risco dos agravos a sua saúde e até à morte. Além disso, enfrenta também o sofrimento moral decorrente de um processo judicial que pode levar a sua condenação (FREIRE, 2012). Neste contexto, a legalidade do abortamento seguro poderá salvar vidas e possibilitar que mulheres não adoçam e não fiquem sequeladas, além de reduzir gastos com a saúde pública (MARTINS; MENDONÇA, 2005).

Mesmo depois de passada mais de uma década das Conferências Internacionais do Cairo e de Pequim (Beijing), no Brasil e na maior parte da América Latina, o aborto clandestino e inseguro é considerado um grave problema de saúde pública, e sua solução é um desafio a exigir medidas urgentes que passam, fatalmente, pelo processo de descriminalização do mesmo (FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008).

Apesar de o aborto poder ser utilizado erroneamente como prática contraceptiva por questões sociais inerentes ao sistema vigente no Brasil, em Cuba, a partir da legalização do aborto em 1965 (configurada no novo Código Penal de 1987), sua prática segura mantém a mortalidade materna em níveis reduzidos quando comparados aos de outros países latino-americanos. Ou seja, legalizar o aborto, realizando-o em adequadas condições sanitárias e por profissional capacitado, possibilitou ampla redução da morte materna. O aborto legal e seguro, tal como em Cuba, transformaria a realidade brasileira e beneficiaria as mulheres (FUSCO; ANDREONI; SILVA, 2008).

Expressando o desejo da maioria dos participantes de um congresso interno, em março de 2013, o Conselho Federal de Medicina apontou a necessidade da reforma do Código Penal brasileiro, que ainda aguarda votação, com vistas a afastar a ilicitude da interrupção da gravidez quando resultante da vontade da gestante, até a 12ª semana de gestação. Essa reforma está fundamentada sob a perspectiva ética que considera a autonomia da mulher nos aspectos sociais, jurídicos, epidemiológicos e de saúde pública (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013).

O Ministério da Saúde, ao se pronunciar sobre “o aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos”, descreve que a criminalização do aborto propicia implicações negativas à saúde das mulheres, pouco coíbe a prática, além do que perpetua a desigualdade social. O risco imposto pela ilegalidade do aborto é, em sua maioria, vivido pelas mulheres pobres e pelas que não têm acesso aos recursos médicos para o aborto seguro (BRASIL, 2009).

### **IMPLICAÇÕES DO ABORTO CLANDESTINO E/OU INSEGURO**

O aborto realizado de maneira insegura, em contextos de ilegalidade, tal qual a situação brasileira, resulta em sérias consequências para a sociedade, pois compromete a saúde da mulher, com elevada morbimortalidade. Além disso, sobrecarrega o sistema de saúde, implica em custos, diminui a produtividade, traz inúmeras repercussões familiares e estigmatiza a mulher (SEDGH *et al.*, 2007).

As desigualdades regionais e sociais tornam-se bastante evidentes quando se observa as distribuições dos riscos de mortalidade materna em consequência de complicações decorrente do aborto. Na região Norte, o risco de mortalidade materna em consequência de gravidez que termina em aborto é 1,6 vezes maior do que na região Sudeste. Esse risco para mulheres negras, analfabetas ou semianalfabetas é 2,5 vezes maior do que para mulheres brancas. Nessas primeiras, também a mortalidade materna em consequência de aborto é 5,5 vezes maior do que na categoria de mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade (GOLLOP, 2009).

O aborto é uma das principais causas de morte materna no mundo, e sua maior incidência acontece em países em desenvolvimento. Estima-se que no Brasil ocorram mais de um milhão de abortamentos ao ano. Vulnerabilidades, desigualdades de gênero e de acesso à educação, além das múltiplas dimensões da pobreza, como o déficit de recursos econômicos e a dificuldade de acesso à informação e direitos humanos fazem com que o aborto clandestino e/ou inseguro atinja, especialmente, as mulheres pobres e marginalizadas (BRASIL, 2010). Nesta perspectiva, a prevenção da mortalidade materna por aborto depende da existência de serviços de saúde estruturados nos vários níveis de assistência, para garantir atendimento às mulheres (DOMINGOS; MERIGHI, 2010).

Conforme Diniz e Medeiros (2010), os níveis de hospitalização pós-aborto no Brasil são elevados. Em média, 50% das mulheres que realizaram aborto e recorreram ao sistema de saúde foram internadas devido a complicações. Parte significativa dessas internações poderia ter sido evitada se o aborto não fosse tratado como atividade clandestina e o acesso aos medicamentos seguros fosse garantido.

O aborto pode implicar em sequelas à saúde física, mental e reprodutiva da mulher. Dentre as complicações físicas imediatas estão as hemorragias, infecções, perfurações de órgãos e infertilidade, que se somam aos transtornos subjetivos, ao se vivenciar o ônus de uma escolha inegavelmente difícil em um contexto de culpabilização e penalização do aborto (BRASIL, 2010).

Estudo realizado com mulheres baianas sobre aborto induzido evidencia como as mulheres vivenciam

este tipo de aborto, revelando um processo amplamente doloroso, desde o momento em que descobre a gestação, perpassando pela complexa decisão de interrompê-la. Quando não são apoiadas, essas mulheres perpetuam essa dor com angústia e culpa, o que pode levar à depressão. Apesar dos vários avanços nas discussões e estudos sobre o aborto induzido, é preciso ampliar as reflexões sobre essa temática a fim de melhorar a atenção à saúde das mulheres que decidem pelo aborto (PEIREIRA *et al.*, 2012).

### **AUTONOMIA PESSOAL, DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS COMO EXPRESSÃO DOS DIREITOS HUMANOS**

Em meados da década de 1970, o feminismo brasileiro já tinha uma posição política sobre o aborto baseada no princípio do direito individual, que remete a um dos fundamentos do feminismo contemporâneo, a saber: o princípio democrático liberal do direito aplicado ao corpo – direito baseado nas ideias de autonomia e liberdade do liberalismo, expresso na máxima feminista “nosso corpo nos pertence”, que se difundiu internacionalmente a partir dos países centrais e marcou as lutas feministas relacionadas à sexualidade, à contracepção e ao aborto. A apropriação do corpo também significava, para as mulheres, a possibilidade da livre escolha da maternidade (SCAVONE, 2008).

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada em 1994, no Cairo, 184 Estados reconheceram os direitos reprodutivos como direitos humanos e reforçaram o exercício dos direitos sexuais reconhecidos em 1995, na IV Conferência Mundial da Mulher, em Beijing. Os direitos sexuais e reprodutivos, além de serem reconhecidos, a partir de então, passaram a ser discutidos sob a perspectiva dos direitos humanos, pressupondo o respeito à liberdade e à autodeterminação, sem coerção ou violência, e o dever dos Estados-parte (Brasil incluído) de garantirem condições sólidas para o exercício desses direitos por meio de leis e políticas públicas (GOLLOP, 2009).

Como parte integral dos direitos humanos, as recomendações do documento provindo da IV Conferência

Mundial da Mulher, em Beijing, estão direcionadas a sensibilizar a mulher sobre si mesma e o contexto onde vive, para que possa exercer sua autonomia ancorada pelo princípio de justiça e dos direitos humanos, para a promoção do desenvolvimento sustentável e igualitário em todas as nações (HESSINI; SMITH, 2005).

Os direitos reprodutivos estão integrados aos direitos humanos e o direito da mulher de decidir sobre o próprio corpo precisa ser aceito e respeitado. Destarte, uma vez que o Estado nega proteção aos direitos reprodutivos, incluindo-se também o acesso ao aborto seguro, contribui para que as repercussões sobre a saúde mental feminina e os impactos da morbimortalidade por aborto sejam ampliados (MARTINS; MENDONÇA, 2005).

Para Kottow (2005), a partir da abordagem bioética, é importante refletir sobre se a maternidade é realmente um ato de escolha da mulher ou uma imposição social, tomada como “natural”. Ao reconhecer o princípio da vida humana por aceitação e compromisso, na visão relacional, esta é considerada uma atitude moralmente louvável e superior às escolhas da mulher e a acolhida passiva da gestação é vista como um fato consumado e irreversível.

Nos debates sobre aborto induzido, os estágios da gestação e do desenvolvimento fetal são determinantes, pois algumas linhas que defendem a descriminalização partem do princípio de que o aborto é um direito da mulher. Segundo essa teoria, é uma prerrogativa da mulher usar o próprio corpo. Além desta, existe a explicação biológica da vida fetal. Conforme esta linha de discussão, se os estímulos nervosos, decorrentes da formação do tubo neural, acontecem em torno do terceiro mês (12 semanas), a interrupção da gestação até esse momento não traria sofrimento para o feto (SOUZA *et al.*, 2010).

A criminalização do aborto viola os direitos das mulheres a sua autodeterminação reprodutiva, violando assim seus direitos humanos (SYDOW *et al.*, 2011). As mulheres precisam ter o direito de decidir se querem ou não interromper a gestação. Trata-se de uma complexa e delicada decisão, mesmo para quem tem acesso ao aborto seguro. Ao retratar a prática do aborto, é preciso



considerar que várias mulheres engravidam sem planejar (ALMEIDA, 2012).

O ser humano precisa ter livre-arbítrio, e isto se aplica à decisão da mulher frente às questões relacionadas ao aborto, pois cada indivíduo tem direitos e deveres para com o Estado, que, em vez de punir e incriminar, deveria apoiar e ajudar. Além disso, a política de planejamento familiar não funciona com qualidade no Brasil, logo, o Estado não pode cobrar da mulher algo que ele não executa em conformidade como os direitos dessa mesma mulher (SYDOW *et al.*, 2011). Sendo assim, a revisão da legislação brasileira frente ao aborto pode favorecer a implementação de ações que assegurem maior autonomia das mulheres nas questões reprodutivas (MENEZES; AQUINO, 2009).

As mulheres necessitam ter autonomia sobre sua sexualidade e seu corpo, além do que o debate do aborto deveria ser guiado pelo bem comum da sociedade. Sob o ponto de vista da saúde pública, a situação contemporânea de mortes de mulheres em plena capacidade reprodutiva é insustentável. Nessa direção, e em coerência com as bases democráticas do Brasil, torna-se essencial a instalação de amplo debate nacional sobre a temática, que culminaria em manifestação da sociedade em voto plebiscitário. A descriminalização do aborto seria uma medida de elevado impacto para a reversão dos atuais indicadores de morbidade e mortalidade feminina (TEMPORÃO, 2012).

## Considerações finais

A partir dos resultados deste estudo, verificou-se que a busca de mulheres por direitos, entre eles, o acesso às ações e serviços de saúde, perdura por décadas. Vários grupos feministas, a partir de suas lutas e ideologias, conseguiram amenizar a forma como a mulher é vista na sociedade, principalmente, quando se trata dos direitos sexuais e reprodutivos. Entretanto, várias mudanças ainda precisam acontecer, como a redução dos índices elevados de aborto no Brasil e, conseqüentemente, da mortalidade materna, que, por conta da assistência à saúde sexual e reprodutiva que é ofertada de maneira deficiente no país (como o planejamento familiar), faz com que mulheres acabem por engravidar de forma indesejada e várias decidam pela prática do aborto.

Mesmo diante das mudanças favoráveis ocorridas à saúde da mulher no Brasil, quando se trata do aborto, especificamente o induzido, nota-se que as mulheres não têm direito sobre o próprio corpo, haja vista que por ser ilegal no Brasil na maioria das situações, diversas recorrem a práticas clandestinas e/ou inseguras, colocando a própria vida em risco. Isto é uma violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública, tanto por sua magnitude, como por desencadear inúmeras conseqüências biopsicossociais às mulheres que recorrem a esta forma de abortamento. ■

## Referências

ALMEIDA, H. B. Aborto: o grande tabu no Brasil. *Católicas pelo Direito de Decidir*. 2012. Disponível em: <<http://www.catolicas.org.br/noticias/conteudo.asp?cod=3409>>. Acesso em: 28 mar 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico*. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. 4. ed. 2002. Disponível em: <<http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/0102assistencia1.pdf>>. Acesso em: 16 abr 2012.

\_\_\_\_\_. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. 2007a. Disponível em: <[http://conselho.](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)

[saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)>. Acesso em: 2 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2007b. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf)>. Acesso em: 28 mar. 2012

\_\_\_\_\_. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Aborto e Saúde Pública 20 anos*. 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 428 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. *Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica*.



- Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. Brasília. 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atencao\\_humanizada.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atencao_humanizada.pdf)>. Acesso em: 09 mai 2012.
- \_\_\_\_\_. *O progresso das mulheres no Brasil 2003 - 2010*. Organização: Leila Linhares Barsted e Jacqueline Pitanguy. Brasília: ONU Mulheres, 2011.
- CECATTI, J. G. et al. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 105-111, mar. 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM) – . Conselhos de medicina se posicionam a favor da autonomia da mulher em caso de interrupção da gestação. Rede dos Conselhos de Medicina. 2013. Disponível em: <[http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=23661](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23661)>. Acesso em: 06 nov 2013.
- DINIZ, D. Aborto e saúde pública no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p, 1992-1993. set. 2007.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 1, p. 959-966. jan./jun. 2010.
- DOMINGOS, S. R. F.; MERIGHI, M. A. B. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 177-181. jan./mar. 2010.
- FREIRE, N. Aborto seguro: um direito das mulheres? *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 31-32. abr./jun. 2012.
- FUSCO, C. L. B.; ANDREONI, S.; SILVA, R. S. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 78-88. mar. 2008.
- GESTEIRA, S. M. A.; DINIZ, N. M. F.; OLIVEIRA, E. M. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 449-453, jul./set. 2008.
- GOLLOP, T. R. Por que despenalizar o aborto? *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 61, n. 3, p. 4-5. 2009.
- HESSINI, L.; SMITH, C. H. *O acesso das mulheres ao aborto seguro: estratégias essenciais para alcançarmos as metas do milênio*. Rio de Janeiro: Ipas Brasil; 2005.
- KLASING, A. Decisão do Supremo Tribunal Federal sobre Aborto é um Passo Positivo avalia *Human Rights Watch* (HRW). *Católicas pelo Direito de Decidir*. 2012. Disponível em: <<http://catolicasonline.org.br/noticias/conteudo.asp?cod=3412>>. Acesso em: 16 abr 2012.
- KOTTOW, M. A bioética do início da vida.. In: BRAZ, M.; SCHRAMM, F. R. *Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 19-37.
- MARTINS, A. L.; MENDONÇA, L. C. Aborto – Mortes Preveníveis e Evitáveis: dossiê. 2005. *Rede Feminista de Saúde*. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/081.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2012.
- MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, suppl 2. p. S193-S204, fev. 2009.
- NADER, P. R. A; BLANDINO, V. R. P; MACIE, E. L. N. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra – ES. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 10, n. 4. p. 615-624, dez. 2007.
- PEREIRA, I. G. Casuística de abortos legais realizados no hospital do Jabaquara entre 1989 e 2007. *Saude & Sociedade*, São Paulo, v. 18, supl 1, p. 81, jan./mar. 2009.
- PEREIRA, V. N. et al. Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas. *Saude & Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1056-1062. out./dez. 2012.
- ROCHA, M. I. B.; BARBOSA, R. M.(Org.). Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. *Núcleo de Estudos de População*. 2009. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/portal/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/textos-diversos/017.pdf>>. Acesso em: 01 abr 2012.
- SCAVONE, L. Políticas feministas do aborto. *Revista de Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 675-80, mai./ago. 2008.
- SOUZA, Z. C. S. N. et al. Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 732-736, maio/jun. 2010.
- SEDGH G. et al. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet*, n. 370, v. 9595, p. 1338-1345. 2007.
- SYDOW, E. et al. *A história de oito mulheres criminalizadas por aborto*. 2011. Disponível em: <<http://www.aads.org.br/arquivos/Projeto02.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2012.

TEMPORÃO, J. G. Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil: conquistas recentes e desafios prementes. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 21-23, abr./jun. 2012.

VENTURA, M. *Direitos Reprodutivos no Brasil*. 3. ed. rev. ampl. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA. 2009.

---

*Recebido para publicação em janeiro de 2013*

*Versão definitiva em dezembro de 2013*

*Suporte financeiro: não houve*

*Conflito de interesse: inexistente*

# Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil

*Homosexuality and the right to health: a challenge for health policies in Brazil*

Grayce Alencar Albuquerque<sup>1</sup>, Cíntia de Lima Garcia<sup>2</sup>, Maria Juscinaide Henrique Alves<sup>3</sup>, Cicera Monalisa Holanda Teles de Queiroz<sup>4</sup>, Fernando Adami<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) – Santo André (SP), Brasil. Coordenadora e professora do curso de Enfermagem da Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN) – Juazeiro do Norte (CE), Brasil. geycy@oi.com.br

<sup>2</sup> Mestranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) – Santo André (SP), Brasil. Professora da Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN) – Juazeiro do Norte (CE), Brasil. cintiadelimagarcia@hotmail.com

<sup>3</sup> Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN) – Juazeiro do Norte (CE), Brasil. juscinaidehenrique@hotmail.com

<sup>4</sup> Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN) – Juazeiro do Norte (CE), Brasil. monalizaholandaa@hotmail.com

<sup>5</sup> Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) – Santo André (SP), Brasil. adamifernando@uol.com.br

**RESUMO:** Objetivou-se evidenciar a atuação das políticas públicas direcionadas à saúde da população homossexual brasileira. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada na Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), utilizando os Decs: políticas públicas, assistência integral à saúde e homossexualidade. A saúde LGBT é apontada como vulnerável mesmo após a publicação de importantes documentos que garantem o acesso e a inclusão do grupo na saúde. A fragilidade na efetivação das propostas preconizadas vão ao encontro ao atendimento discriminatório e heteronormativo prestado pelos profissionais de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Políticas Públicas; Assistência integral à saúde; Homossexualidade

**ABSTRACT:** *We aimed to highlight the role of public health policies for the homosexual population in Brazil. We performed an integrative literature review using the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), using the Decs: public policies, comprehensive care health and homosexuality. The LGBT Health is seen as vulnerable even after the publication of important documents that ensure access and inclusion in the group health. The weakness in the effectiveness of the recommended proposals go against discriminatory and heteronormative care provided by health professionals..*

**KEYWORDS:** *Public Policies; Comprehensive health care; Homosexuality.*

## Introdução

Ao serem abordadas questões inerentes à sexualidade, assinala-se que a mesma é uma constituinte fundamental e imprescindível para a existência de um ser, estando presente em toda a extensão de sua vida e dos contatos pessoais que nela são desenvolvidos, tanto nas relações interpessoais – aquelas mantidas entre pessoas inseridas em um meio social – como nas relações intrapessoais – que envolvem a subjetividade de cada indivíduo e, mais detidamente, sua relação com ele mesmo –, que acabam por determinar os modos de ser, de se ver, de pensar e de se revelar para a sociedade, pois a sexualidade é o principal elemento estruturante da identidade e da personalidade, já que unifica seus níveis biológico, psicológico e social (ABDO; GUARIGLIA-FILHO, 2004).

Nesse contexto, as formas de expressar a sexualidade são determinadas por uma complexa interação de fatores. Podem ser afetadas pelo(s) relacionamento(s) do indivíduo com outro(s), por circunstâncias de sua vida ou pela cultura em que vive (ABDO; GUARIGLIA-FILHO, 2004), o que denota, portanto, ser o modo de expressão da sexualidade algo construído gradualmente durante o crescimento e o desenvolvimento psicossocial do indivíduo, diante de suas relações com outras pessoas, refletindo experiências evolutivas do ser humano durante o seu ciclo vital, delimitadas pelo que, comumente, optou-se por caracterizar como performance e identidade de gênero.

O gênero como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres é uma construção social, histórica, política e econômica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade. Desse modo, o sistema sexo/gênero operacionaliza relações de poder (PISCITELLI, 2001), inicialmente, delimitando e reforçando padrões de comportamento, aceitáveis ou não para homens e mulheres, e, mais recentemente, permitindo generalizações para a interpretação de novas formas de expressão da sexualidade dos indivíduos, como a diversidade sexual.

Falar da diversidade sexual é resgatar elementos para compreender significados e dar sentido a essa construção social, que se revela a partir de uma identidade

sexual (TONIETTE, 2006). Pereira e Leal (2005), por exemplo, definem a identidade sexual a partir de quatro critérios: o sexo biológico (caracterizado pela definição genética); a identidade do gênero (a percepção de cada indivíduo como sendo homem ou mulher); os papéis sexuais sociais (definidos pelas características socialmente estabelecidas ao feminino e ao masculino, numa perspectiva de gênero); e a orientação sexual (caracterizada pelo desejo afetivo-sexual de um sujeito em face de outro, seja este do sexo oposto ou do mesmo sexo).

Portanto, a discussão de conceitos, como identidade de gênero e identidade sexual, denota a abordagem de constructos mutáveis e dinâmicos. Nesse sentido, conceber a identidade heterossexual como a normal e natural é negar que toda e qualquer identidade (sexual, étnica, de classe ou de gênero) seja uma construção social, que toda identidade culmine em um processo dinâmico, portanto, nunca acabado, pronto ou fixo, mas sempre remodelado (LOURO, 1997).

Assim, quando se fala em homossexualidade, aqui definida como a orientação sexual que envolve a atração afetivo-sexual entre pessoas do mesmo sexo, revela-se que ela sempre existiu ao longo da história, nas mais diferentes sociedades e culturas, tendo permitido posicionamentos sociais, ora de aceitação ora de repulsa (TONIETTE, 2006), sendo, atualmente, muito criticada por ir contra a naturalização dos papéis sociais de homens e mulheres.

No entanto, falar da homossexualidade é falar da sexualidade humana, da diversidade sexual, resgatando elementos para compreender significados e sentidos dessa construção social (TONIETTE, 2006), ainda repudiada e discriminada pela sociedade. De fato, apesar da antiga construção e da popularização da homossexualidade, uma pesquisa realizada em 102 municípios brasileiros, com uma amostragem de 2363 entrevistados, constatou que 89% dos participantes foram contra a homossexualidade masculina e 88% contra a lesbianidade e a bissexualidade de mulheres (VALADÃO; GOMES, 2011). Ainda, os autores complementam afirmando que o resultado pode ilustrar a ideia hegemônica presente no imaginário social de que a sexualidade deve ser heterossexual, e que aceitar o contrário pode significar ir de encontro a algo considerado natural.

Assim, em um contexto de enfrentamento do preconceito e da discriminação, surgem os movimentos sociais organizados por essa parcela populacional e pelos grupos interligados, hoje reconhecidos como Movimento LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros) Brasileiro. Na realização desse movimento tramita um conjunto de reivindicações, entre as quais: a livre expressão de sua orientação sexual, a mudança do nome em documentos de identidade, o acesso a políticas de saúde e a proteção do Estado frente à violência motivada pelo preconceito (CARRARA, 2010).

Quando se correlacionam homossexualidade e saúde, as práticas de reivindicações dessas vertentes surgem, no Brasil, na virada do século XX para o século XXI, em consonância com a noção dos direitos sexuais. A partir de então, passa-se a considerar as necessidades desse grupo populacional e a pensar em políticas de saúde voltadas aos mesmos (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

Desde então, percebem-se avanços importantes no contexto brasileiro, como o Programa Brasil Sem Homofobia e a Política de Assistência Integral à saúde da população LGBT. No entanto, ainda observa-se, no Brasil e no mundo, a dificuldade enfrentada pela população LGBT diante das diversas formas de violência e das discriminações vivenciadas em decorrência da livre orientação sexual. Além disso, o acesso do grupo LGBT à saúde é marcado por obstáculos, como

atendimento discriminatório por parte dos profissionais nas unidades, condutas inadequadas, constrangimentos, conotações preconceituosas ou mesmo ofensas verbais proferidas pelos profissionais (GUTIERREZ, 2007; HECK *et al.*, 2006).

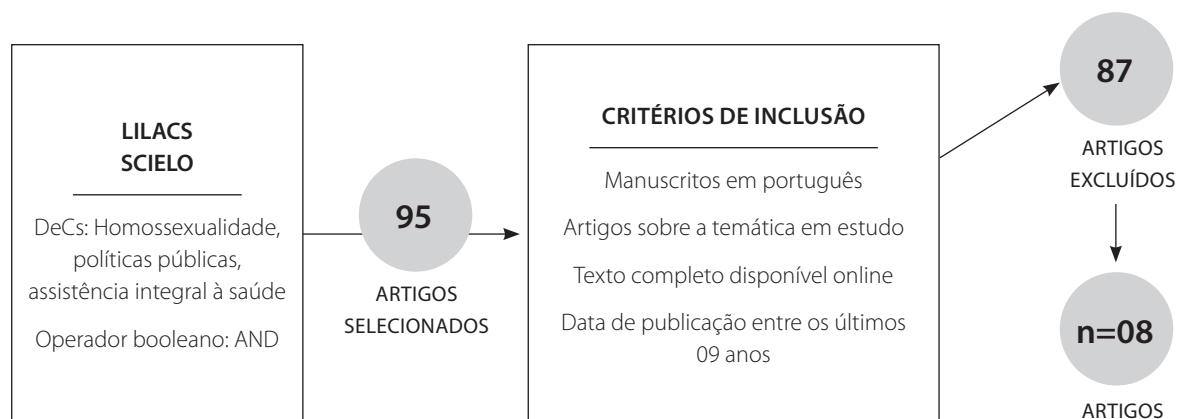
Portanto, constitui-se como objetivo deste estudo evidenciar, através das produções científicas presentes no Brasil, a existência e a atuação das políticas públicas especificamente direcionadas às necessidades de saúde da população homossexual brasileira.

Logo, a presente revisão busca reunir os principais pontos desse contexto, possibilitando à população em geral e, principalmente, aos profissionais de saúde a visão e a reflexão acerca da atual conjuntura da saúde LGBT, sinalizando aspectos desafiadores da formulação e da implantação de políticas que, efetivamente, atendam às demandas desse público.

## Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, definida como aquela em que resultados de pesquisas sobre determinado assunto ou questionamento são analisados e sintetizados, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre uma área em particular (MENDES, 2008).

**Figura 1.** Fluxograma mostrando a seleção do estudo para a revisão: estratégia de pesquisa, número de registros identificados, incluídos e excluídos



Para tanto, o levantamento bibliográfico foi realizado na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), utilizando os descritores: políticas públicas, assistência integral à saúde e homossexualidade, pesquisados na página eletrônica dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs). Para aumentar o escopo da revisão, foi utilizado o operador booleano *and*, como segue: DeCs 1 *and* DeCs 2 *and* DeCs 3.

Foram considerados apenas os artigos identificados como sendo do ano de 2004 até maio de 2013, tomando-se como marco o ano do lançamento do programa Brasil sem Homofobia: 2004.

A análise seguiu critérios de elegibilidade previamente determinados. Os critérios de inclusão foram; a) manuscritos escritos em português; b) artigos sobre a temática em questão; c) pesquisas originais e revisões narrativas e integrativas; d) artigos com texto completo, disponíveis *online*; e e) data de publicação entre os últimos nove anos.

Foram excluídas da amostra pesquisas ainda não publicadas, monografias, dissertações e teses.

Após a leitura criteriosa da amostra selecionada, os dados foram analisados e apresentados descritivamente.

## Resultados

As buscas realizadas resultaram em um total de 95 artigos. Com o emprego dos critérios de inclusão, foram selecionados oito artigos (Figura 01).

A Tabela 01 mostra uma visão geral de todos os artigos incluídos na amostra final, além dos autores, ano de publicação, objetivos e principais resultados.

Para a apresentação dos resultados, os artigos foram avaliados levando-se em consideração a fonte primária do estudo, a quantidade de autores, a categoria profissional e a titulação máxima dos pesquisadores, o ano de publicação, a região da publicação e os resultados encontrados.

De acordo com a classificação das pesquisas, a maioria enquadra-se em revisões narrativas e integrativas (n=quatro), seguidas de três artigos originais, com abordagem qualitativa, e um relato de caso.

Quanto à região originária da publicação, foi possível identificar o Sudeste e o Centro-Oeste como as regiões com maior número de artigos selecionados pela presente revisão, ambas com três produções. Em seguida, destacam-se o Ceará e o Sul, com um artigo selecionado de cada Região.

Investigou-se, ainda, a quantidade de autores envolvidos nas publicações, os quais totalizaram 19, uma média de, aproximadamente, dois autores por artigo. A maioria das amostras possuía dois autores por artigo (n=quatro), seguidas das com quatro autores/artigo (n=dois), de um artigo com três pesquisadores e um com apenas um autor.

Ao analisar a categoria profissional dos pesquisadores, observou-se que quatro são sociólogos, quatro enfermeiros, três psicólogos e dois terapeutas ocupacionais, havendo, ainda, um representante para cada uma das áreas a seguir: medicina, jornalismo, assistência social, direito e filosofia.

Com relação à titulação máxima dos autores, observou-se que a maioria é composta por doutores (n=11), além de constarem quatro mestres, dois especialistas e dois graduados. Considera-se o potencial envolvimento dos doutores e mestres com as publicações, revelando o estímulo voltado para que os mesmos contribuam para o aumento do conhecimento científico.

Os anos em que houve maior número de publicações foram 2012, 2011 e 2006 – com seis publicações, duas em cada ano –, seguidos pelos anos de 2008 e 2009, com apenas uma publicação cada.

## Discussão

Ao passo que surgem as buscas pelos direitos de cidadania, fica evidente que, no Brasil, ainda é escasso o conhecimento das necessidades em saúde da população homossexual, conhecimento esse que se evidencia como primordial para fomentar o desenvolvimento das políticas de saúde direcionadas à categoria.

Estudos indicam que a população em questão apresenta demasiada resistência à procura dos serviços de saúde, o que, em suma, evidencia o contexto discriminatório existente, organizado em função de uma



**Tabela 1.** Síntese dos artigos selecionados para a revisão

<b>CARDOSO E FERRO</b> 2012	Contribuir para a reflexão sobre alguns dos fatores que podem interferir, de maneira substancial, no processo de saúde da população LGBT.	Sublinha a importância da atenção dos profissionais da saúde frente às reações em cadeia que implicam o processo de vulnerabilidade e que conduzem ao adoecimento dessa população.
<b>MELO ET AL.</b> 2012	Refletir sobre a efetividade dos planos, programas e conferências produzidos e realizados pelo governo federal no processo de construção de políticas públicas para a população LGBT no Brasil.	O texto privilegia quatro documentos que tratam da promoção dos direitos humanos e da cidadania dessa população: o “Programa Brasil Sem Homofobia”, os “Anais da I Conferência Nacional LGBT”, o “Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT” e o “Programa Nacional de Direitos Humanos”.
<b>VALADÃO E GOMES</b> 2011	Analisar os modelos que podem explicar a invisibilidade de lésbicas e mulheres bissexuais na área da assistência integral à saúde da mulher.	Lésbicas e mulheres bissexuais não têm apoio, por parte dos profissionais de saúde, para verbalizar suas orientações sexuais quando buscam assistência. Tal situação escamoteia um atendimento seguro, produzindo exclusão e violência simbólica, apesar dos programas governamentais preconizarem o contrário.
<b>MELO ET AL.</b> 2011	Analisar as políticas públicas de saúde voltadas a população LGBT a partir de entrevistas com gestores governamentais e ativistas.	O estudo aponta avanços para as políticas de atenção à população LGBT com a criação do Programa Brasil sem Homofobia e a versão preliminar da Política Nacional de saúde integral de LGBT. No entanto, a implantação das ações ainda é um desafio.
<b>BARBOSA E FACHINE</b> 2009	Identificar a relação entre cuidados em saúde de mulheres homossexuais e representações de gênero, sexualidade e corpo.	Os resultados mostram uma maior dificuldade em acessar serviços ginecológicos para mulheres de baixa renda, aquelas que nunca tinham tido sexo com homens, ou aquelas com imagem corporal masculinizada. Fatores que dificultam o acesso são: representações e experiências negativas quanto aos serviços de saúde, e construções indelétricas de gênero e sexualidade.
<b>LIONÇO</b> 2008	Problematizar a pertinência de uma política de saúde para a população de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT.	Aborda o desafio da construção de uma política de atenção integral à saúde dessa população, tal como prevista no programa do governo federal Brasil sem Homofobia. Implica a complexificação e o alargamento do que se compreende por direitos sexuais e reprodutivos para a efetiva promoção da equidade e da universalidade do acesso aos bens e serviços.
<b>ARAÚJO ET AL.</b> 2006	Descrever a experiência vivenciada por uma mulher homossexual atendida em uma Unidade Básica de Saúde.	Fragilidade das relações interpessoais entre as mulheres e os profissionais de saúde, com dificuldades de comunicação e não atenção às questões vinculadas à sexualidade.
<b>RAMOS E CARRARA</b> 2006	Analisar os principais aspectos das agendas do movimento homossexual, e suas produções em consonância com a academia.	Um certo conhecimento vem sendo produzido como resultado da interação entre o ativismo e a academia, no entanto, aponta-se a necessidade de muito esforço no sentido da participação e da expressão do segmento como meio de produção de conhecimento que embasa políticas públicas.

Fonte: Elaboração Própria

heterossexualidade presumida, da falta de qualificação e do preconceito dos profissionais de saúde para atender a essa demanda (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

De fato, a população LGBT, em decorrência da não adequação do gênero ao sexo biológico (sistema sexo/gênero) ou à identidade sexual heteronormativa, tem seus direitos humanos básicos agredidos e, muitas vezes, encontra-se em situação de vulnerabilidade (LIONÇO, 2008). Diante dessa realidade, o Ministério da Saúde reconhece que as identidades sexual e de gênero são atributos que expõem a população LGBT à discriminação e à violação de direitos humanos, inclusive ao acesso não integral à saúde (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, Araujo *et al* (2006) afirmam que a população LGBT não tem suas necessidades de saúde contempladas por estar subordinada à homofobia, ou seja, à rejeição ou à intolerância irracional à homossexualidade. Os autores acrescentam que o grupo teme revelar a sua orientação sexual nos serviços de saúde, visualizando o impacto negativo que isso trará à qualidade da assistência.

Desse modo, esses mesmos autores identificam a relação profissional/usuário como primordial para a qualidade da assistência em saúde. No entanto, sua pesquisa evidencia a fragilidade dessa relação, principalmente no que tange ao processo de comunicação, no qual questões importantes acerca da sexualidade acabam sendo omitidas, perdendo-se oportunidades para a promoção da saúde.

A população homossexual feminina enfrenta situações ainda mais específicas, conforme revelam Barbosa e Fachine (2009), que afirmam que mulheres lésbicas realizam com menor frequência exames preventivos e rotineiros, como o exame de prevenção contra o câncer de colo uterino (Papanicolau) e o exame de prevenção contra o câncer de mama (Mamografia).

Os motivos assinalados pelas mulheres para essa baixa procura dos serviços de saúde vão desde as reações discriminatórias por parte dos profissionais, após a revelação da orientação sexual, até a falta de especificidade lésbica nos serviços de saúde, vivenciada por consultas que não respondem às demandas do grupo (BARBOSA; FACHINE, 2009). A percepção equivocada quanto a haver menores riscos de Infecções Sexualmente

Transmitidas (IST) também é identificada como fator que dificulta a adesão das mesmas aos cuidados ginecológicos (VALADÃO; GOMES, 2011).

Partindo da concepção do levantamento das necessidades no setor da saúde, relacionadas à homossexualidade, Barbosa e Fachine (2009) abordam que, quando considerados os indicadores, os estudos revelam uma maior propensão ao envolvimento com tabagismo, uso de álcool e drogas ilícitas, obesidade, prática sexual sem proteção, demanda aumentada aos problemas mentais, IST's, *bullying*, câncer de colo de útero e de mama, HIV-Aids, comportamentos violentos, entre outros.

Quando se fala em violência, esse cenário torna-se ainda mais dramático. O impacto da violência na vida de pessoas LGBT é relatado em pesquisas como a de Ramos e Carrara (2006), que citam dados do Grupo Gay da Bahia (GGB), uma organização que, desde os anos 1980, arquiva informações sobre a violência contra os homossexuais, tendo reunido registros documentados acerca de assassinatos de homossexuais com motivação homofóbica.

Dados mais atualizados do GGB atestam 1608 casos de homens homossexuais, lésbicas e transgêneros assassinados em crimes homofóbicos, entre os anos de 2001 e 2010, além de identificarem o Brasil como “campeão mundial em assassinatos” da população LGBT. O Nordeste é considerado a região com o maior índice de violência praticada contra o grupo, sendo responsável por 43 % dos assassinatos (GGB, 2010).

Tais fatores devem-se, em grande parte, aos contextos social e cultural heteronormativos, que refletem a discriminação, o preconceito e a exclusão social sofrida por pessoas de orientação sexual e identidade de gênero discordantes dos padrões considerados “normais” pela sociedade, que, nesse caso, fundamenta-se como forte contribuinte para o distanciamento dos serviços e o envolvimento em situações de agravo.

Entretanto, percebe-se uma evolução no contexto brasileiro relacionado ao grupo LGBT. A primeira delas refere-se à retirada do termo homossexualismo das terminologias da saúde, dando clareza para o caráter não patológico das relações homoeróticas. Lionço (2008) faz menção, em seu artigo, a esse processo. O autor cita, inclusive, a Resolução 01/99, do Conselho Federal de

Psicologia (CFP/1999), que orienta a atuação do psicólogo frente à diversidade sexual livre de preconceitos, discriminação e julgamentos. Discorre, ainda, sobre a Resolução 489/2006, do Conselho Federal de Serviço Social, que veta qualquer reação discriminatória motivada pela orientação sexual e pela identidade de gênero no exercício profissional do Assistente Social.

Nesse sentido, a partir de 2001, com a criação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCDD), vinculado ao Ministério da Justiça, as ações dos grupos de ativismo LGBT, no Brasil, começaram, também, a priorizar a reivindicação de políticas públicas voltadas à promoção de sua cidadania e dos direitos humanos, para além da esfera de prevenção da epidemia de HIV/Aids e de apoio a suas vítimas, que já vinham surgindo desde meados da década de 1980 (MELO *et al.*, 2012).

Ao longo dos anos 2000, é possível identificar outros marcos importantes para a garantia da dignidade homossexual. Em 2004, por exemplo, destaca-se a criação do Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT e de Promoção da Cidadania Homossexual, com o objetivo de promover a cidadania do grupo, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbica (MELO *et al.*, 2012).

Nesse âmbito, Lionço (2008) acrescenta que o Brasil Sem Homofobia representa uma conquista da sociedade brasileira, decorrente de mais de duas décadas de mobilização social. O programa apresenta propostas intersetoriais, abrangendo ações nos setores Saúde, Educação, Cultura, Trabalho e Segurança Pública.

Também foi lançado, pelo governo federal, em 2004, o documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes, no qual se reconhece a necessidade de atenção, no atendimento à saúde, às particularidades de diferenciados segmentos de mulheres, como negras, indígenas e lésbicas. Outra iniciativa que contemplou a população LGBT foi a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada por meio da Portaria nº 675, de 30 de março de 2006, na qual está explicitado o direito ao cuidado, ao tratamento e ao atendimento no âmbito do Sistema Único

de Saúde (SUS), livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero (MELO *et al.*, 2012).

Nesse contexto, uma política nacional de saúde que contemple as especificidades LGBT começou a se materializar, em 2008, com o lançamento da versão preliminar do documento Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, cuja versão final foi divulgada em 2010 (MELO *et al.*, 2012). Entre as nove diretrizes que orientaram essa Política, destaca-se a inclusão de variáveis envolvendo a orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida e raça-etnia nos processos de formulação e implantação de políticas e programas do SUS (BRASIL, 2008).

Melo *et al* (2011) destacam uma limitação importante para a efetivação dos programas e políticas LGBT: a ausência de previsão orçamentária para a execução das ações previstas nos planos, e complementam afirmando que a escassez e, até mesmo, a ausência de recursos revelam as ações como difíceis de serem alcançadas.

Logo, percebe-se que, apesar de as políticas e os programas LGBT apresentarem boas perspectivas, a materialização das propostas e ações realizadas ainda é desbravadora e desafiadora. Melo *et al* (2011) corroboram essa ideia, ao afirmarem que, apesar da existência de vários projetos, programas e outros compromissos do governo federal, relativos ao tema da saúde da população LGBT, o que se pode constatar é que ainda existem vários obstáculos no tocante à efetivação das propostas do governo.

Dois obstáculos, que podem ser considerados como magnos nesse contexto, são a homofobia e a heteronormatividade institucional. Assim, Lionço (2008) elucida que o processo de construção de serviços não discriminatórios na área da saúde enfrenta diversas barreiras diante de uma sociedade na qual a heterossexualidade se configura como um padrão amplamente difundido e cultuado.

Melo *et al* (2011) encontraram nas falas dos sujeitos de sua pesquisa discursos que, recorrentemente, reconhecem a presença de atendimentos discriminatórios nos serviços de saúde no país, o que remete ao longo caminho ainda a ser percorrido rumo à conscientização dos agentes de saúde quanto às consequências individuais e sociais da homofobia.

Nesse sentido, as reformulações dos espaços de saúde para a inclusão da população LGBT também dependem das transformações no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde. As questões culturais advindas do padrão heteronormativo influenciam, de modo subjetivo, o atendimento dos profissionais da saúde, o que os leva a assistir todos os usuários como se fossem heterossexuais, o que gera situações graves de discriminação e preconceito contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (CARDOSO; FERRO, 2012).

Logo, a sensibilização dos profissionais da saúde quanto ao atendimento livre de preconceitos e julgamentos é um dos temas mais recorrentes nos planos, programas e demais documentos que apresentam diretrizes, objetivos e metas para as políticas públicas de saúde formuladas para o público LGBT (MELO *et al.*, 2011).

Dessa forma, ainda, ressalta-se que é necessário que os profissionais da área da saúde desenvolvam maior proximidade com as políticas públicas e com as problemáticas específicas da população LGBT para a qualificação dos serviços prestados por suas diversas áreas (LIONÇO, 2008).

Sendo assim, é necessário que os princípios de universalidade, integralidade e equidade, constitutivos do SUS, sejam materializados em políticas públicas que promovam o enfrentamento das consequências excludentes da homofobia e da heteronormatividade. Do contrário, continuarão a existir barreiras simbólicas, morais e estéticas que impeçam o acesso da população LGBT a serviços de saúde de qualidade (MELO *et al.*, 2011).

## Conclusões

A homossexualidade é historicamente contextualizada com o preconceito e a discriminação, inclusive quando

se aborda o atendimento no âmbito da saúde pública. Assim, o acesso dessa população aos serviços de saúde tem sido descrito como injusto e excludente, e, conseqüentemente, como uma vulnerabilidade do grupo LGBT.

Percebem-se, nesse campo específico, avanços em programas e políticas públicas. Entre eles, destacam-se: o programa Brasil sem Homofobia, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde e a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT.

Entretanto, apesar das boas perspectivas das ações propostas por essas políticas e programas, a efetivação das mesmas ainda configura-se como desafiadora. As conseqüências da homofobia e da heteronormatividade institucional, caracterizadas pelos atendimentos discriminatórios, são as principais causas da exclusão da população pesquisada dos espaços de saúde.

A maioria das pesquisas revisadas menciona a urgência de sensibilizar e capacitar os recursos humanos da saúde com relação às especificidades da saúde LGBT. É necessário que os profissionais do setor tenham maior proximidade com as políticas públicas e com as problemáticas específicas da população LGBT para a qualificação dos serviços prestados pelas diversas áreas.

Nesse sentido, é imperiosa a efetivação dos princípios constitutivos do SUS, de universalidade, integralidade e equidade, expressos em políticas públicas que de fato promovam o enfrentamento da homofobia e da heteronormatividade nos serviços de saúde.

Ademais, percebe-se a escassez de pesquisas que abordem o assunto, o que dificulta o conhecimento acerca da real situação da saúde do grupo. Logo, recomenda-se o estímulo a estudos que busquem conhecer tal relação, como forma de gerar dados que fomentem, inclusive, a formulação de outras políticas que efetivamente aproximem o grupo LGBT dos espaços de saúde. ■

---

## Referências

ARAÚJO, M. A. L. *et al.* Relação Usuária-Profissional de saúde: Experiência de uma mulher homossexual em uma Unidade de Saúde de referência de Fortaleza. *Escola Anna Nery*, v.10, n. 2, p. 323-7, ago. 2006.

ABDO, C. H. N.; GUARIGLIA FILHO, J. E. F. A mulher e sua sexualidade. In: CORDÁS, T. A.; SALZANO, F. T. *Saúde mental da mulher*. São Paulo: Editora Atheneu, 2004. p. 229-268.

- BARBOSA, R. M., FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, suppl 2, p. 291-300, 2009.
- BRASIL. *Política nacional de saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 32, n.3, p.552-563, 2012.
- CARRARA, S. Políticas e direitos sexuais no Brasil contemporâneo. *BAGOAS*, n. 05, p. 131-147, 2010.
- GUTIÉRREZ, N. I. M. Situación de salud sexual y reproductiva, hombres y mujeres homosexuales hospital Maria Auxiliadora. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, v. 3, n. 1, p. 02-16, 2007.
- GRUPO GAY DA BAHIA. *Tabela geral de assassinatos de homossexuais no Brasil*, 2010. Disponível em: <<http://www.ggb.org.br/imagens/Tabela%20geral%20Assassintos%20de%20Homossexual%20Brasil%202010.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2013
- HECK, J., RANDALL, V., GORIN, S. S. Health care access among individuals involved in same-sex relationships. *American Journal of Public Health*, v. 96, n. 6, p. 1111-1118, 2006.
- LIONÇO, T. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.17, n.2, p.11-21, 2008.
- LOURO, G. L. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*. n. 17, v. 4, p.758-64, 2008.
- MELLO L. *et al.* Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil. *Revista Sociedade e Estado*, v. 27, n. 2, maio 2012.
- MELLO, L. *et al.* Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidade, Salud e Sociedad*, n.9, p. 7-28, 2011.
- PEREIRA, H; LEAL, I. P. A identidade (homo)sexual e os seus determinantes: implicações para a saúde. *Análise Psicológica*, v. 3, n. 23, p. 315-322, 2005.
- PISCITELLI, A. *Re-criando a (categoria) mulher?* 2001. Disponível em: <<http://www.pagu.unicamp.br/sites/www.ifch.unicamp.br/pagu/files/Adriana01.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2013
- RAMOS, S. CARRARA, S. A Constituição da Problemática da Violência contra Homossexuais: a Articulação entre Ativismo e Academia na Elaboração de Políticas Públicas. *PHYSYS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 185-205, 2006.
- TONIETTE, M. A. Um breve olhar histórico sobre a homossexualidade. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, São Paulo, v. 17, n. 1, 2006.
- VALADÃO, R. C.; GOMES, R. *A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência*. *PHYSYS – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1451-1467, 2011.

---

Recebido para publicação em julho de 2013

Versão definitiva em dezembro de 2013

Suporte financeiro: não houve

Conflito de interesse: inexistente

# Percepções acerca da condição de vida e vulnerabilidade à saúde de travestis

*Perceptions on life conditions and health vulnerability of transvestites*

Sylvia Maria Godoy Amorim<sup>1</sup>, Fernanda de Sousa Vieira<sup>2</sup>, Ana Paula Brancaloni<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Graduada em Psicologia pela Universidade Paulista (UNIP) – São Paulo (SP), Brasil  
sylmagorim@hotmail.com.

<sup>2</sup> Doutoranda em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.  
fernanda.vieira1985@gmail.com.

<sup>3</sup> Doutora em Psicologia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.  
anapaulabrancaleoni@gmail.com.

**RESUMO:** Objetiva-se discutir o processo de intervenção desenvolvido junto a travestis que enfrentam condições de extrema vulnerabilidade social. O trabalho foi desenvolvido em uma casa-pensão onde moravam e trabalhavam como profissionais do sexo, pautando-se nos pressupostos das Metodologias Participativas. Foram realizados 20 encontros, trabalhando-se os seguintes temas: condições de vida e moradia, relação com familiares e companheiros, relação com as drogas, acesso aos serviços públicos de saúde, autoimagem e relações com o corpo. Através da intervenção, favoreceu-se o fortalecimento dos laços grupais, bem como o desejo de cuidarem de si, refletindo acerca da condição de vulnerabilidade que vivenciavam e de formas para sua superação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Vulnerabilidade; População trans; Metodologia participativa; Psicologia social comunitária.

**ABSTRACT:** *It is discussed the process of intervention developed within transvestites who face extreme social vulnerability conditions. This work has developed in a house-pension where transvestites lived and worked as prostitutes, according to Participative Methodologies strategies. There 20 group sessions, where it discussed themes like conditions of life and housing, familiar relationships and partnerships, drug use, access to public health services, self-image and body-image. Trough this intervention, it was promoted group strength as well as the wish to self caring, reflexive process on the vulnerability conditions they lived and way to overcome this situation.*

**KEYWORDS:** *Vulnerability; Trans persons; Participative methodology; Community social psychology.*



## Introdução

Peres (2002) afirma que a figura da travesti<sup>1</sup> confronta o modelo heteronormativo na medida em que traz uma ruptura com a concepção binária de gênero, a qual estabelece a polarização entre o feminino e o masculino. Socialmente é atribuída à travesti a ambiguidade como sendo uma de suas características principais. Ela se configura como um terceiro ser no qual os signos referentes ao masculino e feminino se interpenetram. Assim, adota uma postura feminina, sem abdicar de seu “lado masculino” (GIRÃO; LIMA, 2009).

As travestis são tratadas pela sociedade brasileira como objetos de extrema discriminação, pautando-se na percepção de que o grupo excede e transgride os padrões normativos vinculados ao gênero e à sexualidade. São, portanto, consideradas monstros assustadores, inapropriadas para a aceitação social (LEITE JÚNIOR, 2012). Nesse sentido, a relação que estabelecem com seus corpos as marcam como aquelas que portam o que pode ser entendido como defeito visível, e, tendo por base as contribuições de Goffman (1988), podemos dizer que carregam o estigma de uma categoria socialmente desacreditada. Como afirma o autor:

*Acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. Construimos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa (GOFFMAN, 1988, p. 15).*

O fato de portarem algo que se considera socialmente como ‘defeito visível’ é utilizado como forma de legitimação da violência que vivenciam. São percebidas

como indignas, imorais e, portanto, culpadas pela própria exclusão.

Segundo Guareschi (2001), nos processos de legitimação da exclusão é necessário que se encontre uma vítima expiatória sobre a qual recai e se descarrega a discriminação. Esta vítima é o próprio excluído, que é representado como um indivíduo que constrói a si próprio, independentemente das condições materiais de existência. Destarte, cria-se uma justificativa apartada das relações excludentes em que o mesmo está engendrado. Tais justificativas atribuem a causa da exclusão a características e/ou comportamentos dos próprios sujeitos que a enfrentam.

A vivência constante da discriminação faz com que muitas travestis acabem por significar a condição de exclusão como inexorável, não se reconhecendo enquanto sujeitos de direitos, mas sim enquanto pessoas que até podem receber pequenos benefícios dados por órgãos governamentais ou não governamentais. Assim, acabam por acreditar que devem “se contentar” com a vida que possuem e a renda que conseguem por meio da prostituição, que se constitui, por vezes, como a única forma de sobrevivência que encontram, frente às dificuldades de acesso à profissionalização e à inserção no mercado, que também se pautam no padrão heteronormativo (PERES, 2002).

No sentido de favorecer a ruptura com esta condição, as intervenções com essas pessoas devem primar pela valorização da cidadania e de seus direitos, colaborando para que se reconheçam como seres atuantes no mundo social (PERES, 2002).

Destaca-se que os processos de exclusão trazem intenso sofrimento para os sujeitos que os vivenciam, marcando intimamente suas existências e afetando diretamente suas condições de saúde mental. Ressalta-se, ainda, que, ao se assumir a exclusão a partir do ponto de vista do sofrimento, em suas diferentes nuances, tem-se a condição de se recuperar o sujeito que acaba sendo perdido em análises estritamente econômicas e políticas. Contudo, ao mesmo tempo em que se contempla a dimensão da pessoa, isso não se dá em detrimento da visão do coletivo, ou mesmo desresponsabilizando o Estado de suas atribuições no combate à desigualdade social (SAWAIA, 2001).

<sup>1</sup> Neste texto adota-se a referência feminina para travestis, de acordo com a maneira como as participantes do trabalho preferiam ser identificadas, bem como indica Pelúcio (2007).

Em vista das questões apresentadas, propôs-se um processo de intervenção junto a um grupo de travestis que residem e trabalham na região central de uma cidade do interior de São Paulo. A escolha desse grupo foi pautada na condição de extrema vulnerabilidade enfrentada por essas pessoas, mas também no entendimento de que a mesma pode ser transformada.

Frente ao exposto, pretende-se analisar a intervenção desenvolvida, pautada nos pressupostos das Metodologias Participativas, junto a um grupo de travestis que vivencia condições de extrema vulnerabilidade social. Objetiva-se também apresentar e discutir as representações do grupo acerca das principais questões trabalhadas ao longo dos encontros, sendo elas: condições de vida e moradia, relação com familiares e companheiros, relação com as drogas, acesso aos serviços públicos de saúde, autoimagem e relações com o corpo.

## Percurso metodológico

Adotou-se como referencial teórico-metodológico as Metodologias Participativas, que, segundo Silva (2002), pressupõem o emprego de métodos e técnicas que possibilitem aos integrantes de um grupo a vivência dos sentimentos e percepções sobre determinados fatos ou informações, a reflexão sobre eles e a ressignificação de seus conhecimentos e valores, percebendo, assim, as possibilidades de mudanças.

Os grupos junto aos quais são construídas intervenções a partir dos pressupostos das metodologias participativas deverão se constituir enquanto espaço em que se:

*[...] privilegie o diálogo e o conhecimento mútuo de valores, experiências e afetos, que podem indicar um caminho mais sólido para as mudanças necessárias, que coloque o homem situado e contextualizado no centro do processo de transformação incluindo aí aspectos afetivos, as informações e fatos necessários à tomada de decisões (SCHALL; STRUCHCHINER, 1995, p. 98).*

Assim, os trabalhos desenvolvidos nessa perspectiva têm como foco e direção para os próprios sujeitos do processo. Outra potencialidade dos trabalhos realizados dentro desta orientação é a contribuição para a construção de novos significados através da interação, assim como o estabelecimento de redes de experiências (SILVA, 2002).

Entende-se que as intervenções em grupo têm o potencial de favorecer a identificação entre seus membros, o compartilhar de experiências e a troca de informações. A partir do conhecimento de realidades diversas e, ao mesmo tempo, semelhantes, se pode questionar a realidade enquanto algo dado e determinado, visando a que os sujeitos sociais se emancipem e promovam transformações coletivas. Portanto, novos conhecimentos podem ser convertidos em novos propósitos e ações quando os sujeitos estão inseridos em processos grupais.

A composição de um grupo para promoção de saúde e cidadania requer um processo que se inicia muito antes da primeira sessão e continua ainda depois de finalizada a última. Entende-se que a confidencialidade e o respeito diante de cada opinião sejam pontos de extrema importância, mantendo-se uma postura não invasiva diante das discussões e da exposição da vida de cada componente, procurando-se sempre instigar aspectos que estão na base das questões, sensibilizando por meio de reflexões e construções coletivas do grupo.

Nesse sentido, a intervenção visou a promover espaços para questionamentos, desconstruções e composição de novos sentidos, de forma a favorecer a transformação de condições de violência e exclusão, com vistas à emancipação desses sujeitos.

## Resultados e discussão

### O TRABALHO COM O GRUPO

A intervenção se deu em uma casa-pensão onde se reuniam, aproximadamente, 15 travestis que se prostituíam. Eles moravam no local e, algumas vezes, utilizavam-no para efetuar os programas. O trabalho de intervenção foi desenvolvido ao longo de 20 encontros, que tiveram frequência semanal, coordenados por duas

psicólogas. O número de participantes nos encontros – que tiveram duração média de uma hora e meia – variou entre 10 e 12 pessoas.

A participação se deu de forma voluntária. Oprou-se pela configuração de um grupo aberto, ou seja, que permitisse a entrada de participantes em qualquer momento do processo. Isto porque se pretendia a constituição de espaços facilitadores para ocorrência de reflexão e tomada de consciência de aspectos despercebidos, proporcionando uma atmosfera de aceitação, ânimo e socialização com reconhecimento dos pares enquanto possíveis companheiros em um processo de mudança, sem que houvesse a exclusão de pessoas que não estiveram presentes desde o início do processo. Para esta escolha, considerou-se também a significativa rotatividade de pessoas que moravam e frequentavam a pensão.

Aponta-se para a possibilidade de que a participação dos membros seja flutuante, o que, conforme Marchioni (1999), tem dois lados: por um lado, precisa ser estimulada, e, por outro, o participante necessita saber do desenvolvimento grupal para continuar participando dele, ter conhecimento de seus conteúdos. Assim, este grupo se constitui como uma célula onde ocorrem alguns desencontros, mas que permanece sempre em movimento. O mesmo autor afirma que é utopia pensar que todas as pessoas irão participar, no grupo. Ele enfatiza que o processo comunitário deve ser aberto e incluir as pessoas que vão chegando para não provocar exclusão. Isto significa que este é um processo flexível, para que haja a adaptação às condições reais de seus componentes e para que eles possam participar com suas particularidades. Desta forma, podem-se compreender os níveis diferenciados de participação, de engajamento.

No primeiro encontro com o grupo, conversou-se sobre os princípios que orientariam o trabalho. Ratificou-se o caráter coletivo da proposição e da realização de ações, sendo que cada participante estaria livre para deixar o grupo a qualquer momento.

Os encontros ocorriam na sala da casa, que se encontrava habitualmente escura, com as janelas fechadas. Sempre era necessário abrir as cortinas e janelas para clarear o ambiente e aliviar o forte cheiro de crack. Na sala, estavam dispostas uma mesa e algumas cadeiras

organizadas, arrumadas pelas participantes, para os encontros do grupo.

Na ocasião da primeira visita, o lugar causou, nas profissionais, um profundo mal-estar, pelas condições precárias, até mesmo subumanas em que as travestis viviam. A maioria estava sob o efeito de drogas (em geral, crack) e apresentava sérios problemas de saúde, sendo uma grande parte portadora do vírus HIV. As condições de higiene eram bastante ruins, sendo escassa a alimentação.

No início, ocorreram algumas dificuldades em adentrar o contexto de vida dessas pessoas, na medida em que se protegiam frente ao preconceito e aos processos de exclusão cotidianos, como afirmou uma delas:

*Aqui a gente desconfia de tudo e de todos... Não dá pra confiar em ninguém... Nós estamos aqui conversando, mas... cada uma sabe seu lugar... faz alguma coisa... Aqui não tem amiga... (D).*

A aproximação foi possível por meio de uma mediadora inserida no campo, que fazia o trabalho de promoção de saúde no local, através da distribuição de preservativos. Essa mediadora era membro de uma organização não governamental (ONG) de profissionais do sexo da cidade e já havia estabelecido uma relação de confiança com as travestis. O vínculo com o grupo foi se estabelecendo aos poucos, sendo constituída, paulatinamente, uma relação de maior confiança e interesse pelo trabalho.

Houve a preocupação em não impor valores próprios e sim proporcionar ao grupo um lugar de liberdade para que as mesmas se expressassem da forma que se sentissem melhor.

O trabalho desenvolvido com as travestis visou essencialmente à configuração e ao resgate de uma condição de sujeitos de direito, da qual foram sendo usurpadas ao longo de suas vidas. Segundo Peres (2002), as relações construídas por travestis vão se dando a partir das dificuldades que lhes são impostas pelos modelos dominantes de organizações históricas culturais. Ao se defrontarem com elas, compõem estratégias de sobrevivência dentro de um mundo marginalizado, no qual as desigualdades sociais expressam seu poder.

Desta forma, as travestis desenvolveram, em seus cotidianos, uma gama rica de estratégias de sobrevivência que merecem ser (re)conhecidas, para que, através desse movimento, também possam ganhar luz seus potenciais de resistência à discriminação e à inclusão perversa que vivenciam, favorecendo processos de emancipação.

Assim, entende-se a importância de se trabalhar pela autonomia deste grupo, construindo conjuntamente fissuras na atribuição socialmente estabelecida que as relegou ao lugar da impotência, na medida em que lidaram com a precariedade de oportunidades na relação com os grupos normalizados (CASTELLS, 1999).

Sendo assim, entende-se que o desenvolvimento do trabalho junto a este grupo apontou para além da condição de extrema violência e vulnerabilidade que seus membros viviam, revelando, também, a existência de potencialidades, até então, não reconhecidas pelas próprias travestis.

## CONDIÇÕES DE MORADIA

Mereceu destaque a condição extremamente precária de moradia, sendo a mesma, no início do trabalho, inclusive, insalubre. Tratava-se de uma 'casa-pensão'. Era uma edificação bastante antiga, com problemas infraestruturais de toda ordem, tais como: infiltrações, fiação exposta, problemas hidráulicos e problemas sanitários, entre outros. O prédio, em suma, estava bastante distante de ser um local que julgaríamos adequados para moradia humana.

A pensão era controlada por uma cafetina, com a qual eram estabelecidas relações bastante contraditórias. Ao mesmo tempo em que vivenciavam condições de violência e subjeção na relação com essa, a mesma também representa uma proteção contra a violência enfrentada externamente. Como referiam as travestis, a violência que enfrentavam na rua era ainda mais ameaçadora do que aquela que se reproduzia na relação com a cafetinagem.

Pagavam à cafetina uma quantia por mês, ou um valor por programa realizado, o que seria correspondente aos seus custos na casa. Contudo, a dinâmica do local era ditada pela mesma. Destaca-se que o controle das chaves do local estava com uma única pessoa,

determinada pela própria cafetina, sendo que, por vezes, algumas travestis não conseguiam entrar ou sair da casa quando desejavam.

Muitas vezes, não conseguiam pagar a quantia estipulada para sua manutenção na pensão, tendo suspensão, por exemplo, a alimentação. A dificuldade de obtenção de alimentos também foi observada junto a este grupo de travestis. Elas se alimentavam de um 'so-pão', que era fornecido especialmente para pessoas em situação de rua, por um serviço de assistência social do município.

Ao longo do desenvolvimento do trabalho, notaram-se algumas mudanças na relação com o espaço e com a alimentação. Observaram-se maiores cuidados com a limpeza, com a abertura das janelas e cortinas e com a pintura da casa, bem como havia momentos em que uma das travestis cozinhava para as outras.

## FAMÍLIA E COMPANHEIROS

No início dos contatos com o grupo, a maioria das travestis dizia que era plenamente aceita pelos familiares, mas que só os visitavam uma vez por ano. Contudo, identificava-se uma grande incongruência nestas falas. Analisando-se os relatos das mesmas, o que parecia ser relevante, na relação com os familiares, era o interesse, por parte desses, em seu ganho financeiro, isso quando havia uma boa remuneração na atividade de prostituição. Quando não possuíam uma boa remuneração, o distanciamento dos familiares era ainda maior. O fato é que a não aceitação familiar era algo muito difícil de ser vivido por elas. Dessa forma, muitas vezes, negavam para si mesmas a real postura assumida por suas famílias. Entende-se, portanto, a negação como uma defesa em relação à intensa angústia frente ao reconhecimento da não aceitação por parte dos parentes.

A conversa mais franca acerca das relações com as famílias, bem como de seus sentimentos sobre isso, foi se tornando possível na medida em que se fortalecia o vínculo entre o grupo e as psicólogas. A partir de então, puderam emergir a complexidade dessas relações e as dificuldades enfrentadas por elas, sendo possível refletir acerca de suas vivências e sentimentos. A mudança no

discurso sobre a família, por parte de uma das travestis, é bastante ilustrativa desse movimento:

*Minha família sempre me apoiou, sempre (P afirmou no início dos trabalhos com o grupo).*

*Ah, meu pai me cortou o dinheiro... disse que não ia me dar um centavo se eu não virasse homem... Acha que se eu fico sem dinheiro, eu volto para casa, mas eles não entendem... Se fosse isso... (P afirmou depois de um tempo de convivência com as psicólogas).*

A questão de ter, ou não, companheiros fixos não era algo concordante entre o grupo. Apenas as travestis mais novas tinham relacionamentos dessa natureza, sendo as mesmas responsáveis pelo sustento financeiro do companheiro. As travestis mais velhas associavam a manutenção desse tipo de relacionamento à posição de ‘mulher de malandro’, ressaltando a questão da relação de exploração econômica, que, segundo elas, acabava por se configurar (GARCIA, 2009), como afirmou uma das travestis mais velhas:

*Ela tem um namorado, um menino novinho de todo, um bofe, tadinha... Ela fala que ele ama ela, mas ela que paga as contas dele! Eu também amo assim... (D fala sobre o namorado de P).*

As mais velhas questionavam, ainda, a ‘masculinidade destes maridos’, pois, como se consideravam biologicamente do sexo masculino, achavam que era impossível um homem heterossexual querer se relacionar com outro homem, conforme a fala de uma delas:

*Elas falam: ‘Ele é meu homem’. Você já viu homem gostar de travesti? Homem gosta de mulher. Quem gosta de travesti é bichinha... (G falando sobre relacionamentos amorosos).*

Percebe-se que essas travestis que vivenciavam os processos de exclusão calcados nos padrões heteronormativos, assumiam-nos como único discurso possível.

Destaca-se que esses padrões opressivos são também reproduzidos através de suas percepções e juízos de valores acerca da orientação sexual e postura desses homens que mantêm relacionamentos estáveis com travestis.

## AUTOIMAGEM E RELAÇÃO COM O CORPO

Ao se trabalhar com um grupo de travestis em condição de extrema vulnerabilidade social, observou-se que o estigma e a exclusão são elementos constituintes do seu cotidiano, participando da construção de suas identidades.

Pode-se constatar que elas se defrontam constantemente com o sofrimento psíquico e com a dor ao se sentirem rejeitadas pela sociedade. Essa rejeição é associada tanto à homossexualidade quanto ao fato de imprimirem uma aparência feminina ao corpo, mesmo que tenham nascido biologicamente machos.

Muitas das travestis desse grupo também compreendiam a condição de exclusão social que vivenciavam como algo imutável. Não se reconheciam enquanto sujeitos de direitos, e aquilo que, por ventura, recebiam de órgãos governamentais ou ONGs era compreendido como benevolência ou favor. Suas formas de vida e trabalho eram representadas como as únicas possíveis, com as quais deveriam se contentar (PERES, 2002), conforme afirmou uma delas:

*A gente é brocada pela sociedade, não tem o que fazer (D).*

Destacaram-se as dificuldades de acesso à profissionalização que se impõem às travestis, na medida em que elas se distanciam daquilo que a sociedade aceita e considera normal. Como contratar uma travesti? Segundo elas, a resposta frequente, por parte dos empregadores, era a de que “a sociedade era preconceituosa e comprometeria a imagem da empresa”. Mesmo as travestis que tiveram acesso a alguma profissionalização, por muitas vezes obtida antes dos procedimentos de transformação de seus corpos do masculino para o feminino, não conseguiam ingresso no mercado profissional. A vivência de uma delas é bastante ilustrativa: no momento em que decidiu que não trabalharia como profissional do sexo, passou a enfrentar condições ainda



mais severas para sua subsistência, sendo que o único trabalho encontrado foi como lavadeira para pessoas envolvidas com o mercado do sexo, obtendo uma remuneração insuficiente.

Elas afirmavam que as ocupações possíveis para travestis eram aquelas em que ‘ficavam escondidas’, que não seriam vistas por muitas pessoas que não fossem ‘do seu meio’ como, por exemplo, faxineiras de cafetinas. As outras habilidades só poderiam ser exercidas entre as próprias travestis, como troca de serviços: manicure, cabeleireira, costureira, estilista etc.

Foi observado, também, que, na busca por outras condições de vida e sentidos sociais, algumas mudaram de cidade, estado ou até país. Ao se referirem às colegas que moraram por um período na Europa, intitulavam-nas como ‘europeias’. Estas travestis retornaram de tal estadia sem os recursos financeiros esperados, por se envolverem com pessoas que furtaram as reservas destinadas a sua manutenção econômica no Brasil. Assim sendo, voltaram às ruas para garantirem sua subsistência.

As compreensões deterministas acerca das condições que vivenciavam foram sendo problematizadas ao longo das intervenções com o grupo, refletindo-se acerca dos complexos processos de exclusão em que estão inseridas, mas também buscando caminhos coletivos para sua superação.

Freqüentemente, referiam-se a si mesmas e a sua imagem de forma pejorativa, fato que também é encontrado na literatura (PELÚCIO; MISKOLCI, 2009). As autodenominações compreendiam adjetivações como: ‘dragões’ (pessoas feias, que exibem uma aparência pouco feminina e desordenada, que não corresponde a um padrão estético) e ‘bichas’ (já que entendiam como paradoxal o ato de serem homens que desejavam se passar por mulheres).

*Olha, bicha! Que feia, toda descabelada... (P falando de M, que passou pelo grupo para dar boas vindas às psicólogas).*

*Travesti é assim mesmo: meio homem... Aqui, minha filha: você acha que tem alguma mulher aqui? Tudo homem, aqui é tudo homem! (D falando sobre a forma como as travestis da*

*casa se relacionam entre si, concebendo que o masculino, identificado como homem, tem características de agressividade).*

*Nossa, a que ponto eu cheguei... Olha isso: um dragão! Eu não sabia que eu tava tão feia assim... Olha o meu cabelo! A gente nem percebe a que ponto chega... não se enxerga... Como eu envelheci! Mas, eu concordo com o que eu disse: é muito duro viver como travesti... E se a sociedade não desbrocar a gente, a gente vai ficar brocada a vida inteira! (D ao assistir uma filmagem de si mesma).*

O uso das ‘tecnologias do corpo’ disponíveis, como o silicone, era reapropriado por elas, a partir dos recursos que possuíam, sendo este corpo reconstruído a partir de um saber peculiar, que tinha como sua detentora legítima a ‘bombadeira’ (travesti que injeta silicone industrial de forma precária) (PELÚCIO, 2007).

Destacaram-se o sofrimento e os grandes esforços que empreendiam para garantir uma aparência mais feminina, com os poucos recursos financeiros de que dispunham, mesmo que isso se traduzisse em significativos riscos à saúde. Na medida em que não havia como pagar por intervenções cirúrgicas e o tratamento hormonal não satisfazia às expectativas desse grupo, elas recorriam então às ‘bombadeiras’. Entendiam que esta era a maneira possível de obterem o corpo que desejavam de forma mais rápida.

Em relatos de uma das travestis, a precariedade dos procedimentos que envolviam o uso do silicone industrial ficou ainda mais explicitada. Elas se referiram à falta dos cuidados, muitas vezes, por parte da própria pessoa que se submetia ao procedimento, não fazendo a ingestão anterior e posterior dos remédios (antibióticos), que, parcamente, preveniam infecções; ou negligenciando outras recomendações para que o silicone ficasse ‘seguro no lugar’. O alto risco da prática era ainda aumentado diante da falta das ‘precauções’ acima descritas, que eram inclusive indicadas pelas ‘bombadeiras’, sendo muito comum ‘haver complicações’. Destaca-se também que a falta de procedimentos de assepsia em relação às seringas e agulhas, bem como em relação



a outros materiais, aumentava a exposição às complicações para a saúde.

*Ai, mas a gente sabe que tá correndo risco... A bombadeira até fala pra tomar remédio depois, antes... mas a gente não toma, esquece... Teve uma lá que bombou num dia e no mesmo dia tava fazendo programa. Não pode, tem que ter repouso, colocar calcinha... pra ficar seguro no lugar (F).*

*Mas eu até entendo... tem que trabalhar. Bicha que fica parada, não ganha! Se ela não vestir um salto e for pra rua, como que fica? (G falando dessa situação, complementando a fala de F).*

Era frequente, por exemplo, o uso de pedaços de cabos de vassouras para a separação entre os seios. Esses cabos eram conseguidos no local onde era feito o procedimento, locais que, nem sequer, eram previamente lavados. Outro fato comum era o uso de cola instantânea ou esmaltes para fechar o orifício causado pela agulha.

Ao se analisar todas as questões apresentadas, entende-se que não basta apenas a transmissão de informações, mas é importante uma preocupação acerca de como as mesmas serão trabalhadas junto à população em questão. A simples informação não incorpora a reflexão, a sensibilização, e, conseqüentemente, não acarreta mudanças pessoais significativas (SILVA, 2002). Assim, não bastam as informações de que o uso de drogas ou de silicone industrial traz risco de morte, mas é essencial que haja espaços de reflexão, por parte das travestis, sobre essas questões, sobre aqueles sentidos que já trazem, bem como sobre os seus próprios sentimentos. Contudo, também se destaca a importância do efetivo acesso aos recursos socialmente disponíveis, uma vez que o uso do silicone industrial, por exemplo, é fortemente condicionado à ausência de condições financeiras para se optar por outra estratégia.

Destaca-se o papel da redução de danos. Esta estratégia surgiu no campo da dependência de substâncias psicoativas e corresponde à busca de uma minimização das conseqüências do consumo de drogas, sob o ponto

de vista da saúde e dos aspectos sociais e econômicos nele contidos, sem necessariamente reduzir ou eliminar o seu consumo (BRASIL, 2003). Esta estratégia também ultrapassa a dependência química e é um princípio que pode ser aplicado a outras modalidades, como o uso de hormônios e silicone industrial pelas travestis. Entende-se assim a necessidade de ações de reduções de danos nos processos de transformação que as travestis imprimem ao próprio corpo.

## RELAÇÃO COM AS DROGAS

Percebeu-se que a baixa autoestima, a desvalorização que a sociedade impõe às travestis e as conseqüentes condições de vida facilitam o processo de iniciação ao uso do crack e outras drogas, que as levam à dependência química. Como aponta Souza,

*Os usuários estão, notadamente, mais expostos a situações de violência e, no caso de travestis e transexuais com dependência química ao crack, a condição se torna mais preocupante, principalmente pela vulnerabilidade social e as vivências transfóbicas às quais estão expostas (SOUZA, 2010, p. 1).*

Faz-se importante salientar que, no início dos encontros com as travestis, muitas estavam debilitadas em decorrência do uso problemático das drogas, e com conseqüentes enfermidades provocadas pela baixa imunidade, culminando inclusive em mortes durante o período de realização do trabalho. Vale também ressaltar que elas eram portadoras do vírus HIV, com exceção de uma delas, e não realizavam o tratamento antirretroviral de forma adequada.

A maioria das travestis com as quais se teve contato e que eram usuárias especialmente de crack, referiu-se ao uso como uma forma de 'passar o tempo', pois durante o dia não havia nada para fazer no local onde moravam e, por conta do preconceito, raramente saíam, a não ser para trabalhar à noite, nas ruas. Por medo da violência, nas poucas vezes que saíam durante o dia, procuravam estar em grupo, como afirmam:

*Ah, aqui não tem muito o que fazer... Então, a gente se droga pra passar o tempo (D).*

*Tá tudo drogada aqui... Hoje não tem ninguém são aqui... e assim vai (M).*

Para outras travestis, a droga tinha o poder de acalmar, tinha a função de aliviar a dor mental, sendo pouco reconhecida a severidade dos malefícios à saúde por ela causados. Então, ainda que algumas travestis acreditassem que poderiam interromper seu uso quando quisessem, o consumo era algo que lhes trazia esse alívio, portanto, elas o mantinham.

*Ah, eu paro quando eu quiser... Bem, não faz, mas é tranquilo (M).*

*Tem hora que só se drogando que dá pra aguentar aqueles cliente na orelha! (P).*

Ao longo do trabalho, a dependência química foi sendo reconhecida e algumas participantes expressaram o desejo de obter tratamento.

Assim, o uso da droga era percebido como um recurso frente à falta de perspectivas, diante do não reconhecimento de seus saberes e habilidades, culminando com o sentimento de serem “inaptas/incapazes” de realizarem outras atividades e assumirem posturas de ruptura com essa condição em que viviam, como afirmou uma delas:

*Se a sociedade não fizer pel'a gente, não tem o que fazer, não tem futuro, não (D).*

No coletivo, as aptidões e os saberes individuais começaram a ser expressos, reconhecidos e compartilhados. Por exemplo, umas passaram a ajudar as outras nos cuidados com a beleza e com as roupas.

## ACESSO A SERVIÇOS PÚBLICOS

Ao longo do trabalho com o grupo, algumas buscaram atendimento em instituições públicas que possuíam programas para dependentes químicos. Contudo, não

encontraram o acolhimento necessário, pois os mesmos não consideraram as diferenças, as singularidades, ou mesmo as dificuldades concretas de acesso enfrentadas pelas travestis.

Em relação a essas barreiras, podemos citar desde a dificuldade de transporte e a ausência de informação até a falta dos documentos civis básicos que são exigidos pelos serviços. Para além dessas questões de ordem mais material, também se ressaltam as experiências de enfrentamento de preconceito e discriminação que se somavam em suas trajetórias de procura por atendimento, o que lhes conferia também uma postura resistente frente à busca de outros serviços públicos. Destacou-se, como exemplo, a busca por ajuda em Centro de Atendimento Psicossocial, destinado à atenção ao uso problemático de álcool e drogas, obtendo, como única ação desse serviço, o encaminhamento da atendida para testagem para o vírus HIV.

Ressaltou-se, além da dificuldade de acesso, a falta de preparo das equipes de saúde para o trabalho com essas pessoas, tendo essas equipes pautado suas ações, muitas vezes, nos preconceitos que alicerçam as discriminações.

A ação das travestis na relação com os aparatos de saúde explicitava também o preconceito e a desvalia por elas já interiorizadas. Isto ficava claro quando, por exemplo, elas procuravam o serviço de saúde (apenas o pronto socorro central da cidade) somente no período noturno, em que seriam menos vistas, o que as fazia acreditar que teriam maiores possibilidades de receberem atendimento.

Percebeu-se que uma das principais dificuldades enfrentadas ao longo do trabalho foi a interlocução com os serviços públicos de saúde e assistência, não havendo uma estrutura de rede bem constituída que favorecesse ações de caráter mais integral.

Sobressaltou-se, dessa forma, o descompromisso da política com o sofrimento dessas pessoas, na medida em que se trata de uma população que enfrenta dificuldades de toda ordem, mas que, contudo, não é reconhecida enquanto composta por sujeitos que merecem atenção das políticas públicas, inclusive, não encontrando acesso ao mesmo atendimento recebido por aqueles que ocupam condições socialmente aceitas (SAWAIA, 2001).

A questão do desrespeito à condição de sujeitos de direitos e ao exercício pleno da cidadania comprou com bastante ênfase às conversas com o grupo, merecendo destaque os processos de estigmatização das travestis, bem como vivências de intenso preconceito e discriminação social, nas quais elas eram representadas como ‘menos gente’.

Sendo assim, ocupando cotidianamente o lugar da rejeição, elas se defrontam com a discriminação, com a desigualdade social e de gênero, que produz outras referências marcadas pela marginalidade, pela impotência perante seus direitos e pela naturalização de sentimentos de conformismo e silêncio. As travestis são excluídas também dos sistemas educacionais e profissionalizantes, tendo como uma das únicas saídas a prostituição, para a provisão de seu sustento (BENEDETTI, 1997).

Entende-se, portanto, que a promoção da emancipação dos sujeitos – no caso, desse trabalho das travestis – é essencial na reconfiguração das pautas das políticas públicas. No que concerne ao uso problemático de drogas, destaca-se que o mesmo deve ser compreendido inserido no processo de construção social desses sujeitos, sendo que as políticas e ações que pretendam efetividade devem conhecer e considerar suas realidades.

## Considerações finais

Diante do exposto, evidenciam-se ausências de todas as ordens em relação ao grupo em questão. Entende-se

que a natureza do trabalho, dentro da perspectiva qualitativa, não permite fazer generalizações. Contudo, outros estudos encontrados na literatura indicam que a condição de vulnerabilidade apresentada no presente trabalho não é impar das travestis com as quais a intervenção foi desenvolvida.

A partir do contexto discutido, indica-se a urgência de se refletir acerca de ações de promoção de saúde e cidadania, mas também de redução de danos no que se refere ao uso problemático de drogas e transformações do corpo junto a esta população.

Destaca-se, ainda, que a não problematização dos modelos socialmente instituídos como ‘belo’ e ‘normal’, ou seja, a aceitação e a naturalização dos padrões já estabelecidos colaboram também no processo de manutenção da baixa autoestima e da exclusão social de travestis. Sustentam-se, assim, estereótipos e preconceitos que alicerçam processos de discriminação.

Dessa forma, salienta-se a importância de um olhar mais atento e cuidadoso para essas pessoas, tanto por parte dos profissionais da saúde e assistência quanto das políticas públicas de uma forma mais ampla. Isso porque o processo de exclusão vivenciado e ratificado cotidianamente é, inclusive, reforçado pela ausência de políticas públicas adequadas, bem como pelo não acesso ao atendimento com qualidade nos serviços públicos existentes. ■

## Referências

BENEDETTI, M. Toda Feita: Gênero e Identidade no Corpo Travesti. *Corpus: série textos de divulgação*, v. 008, n. 97, p. 19, 1997.

BRASIL, C. *A perspectiva da redução de danos com usuários de drogas: um olhar sobre os modos éticos de existência*. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

CASTELLS, M. O poder da identidade. In: \_\_\_\_\_. *A era da informação, economia, sociedade e cultura*. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

GARCIA, M. R. V. Identity as a “patchwork”: aspects of identity among low-income Brazilian travestis. *Culture, health & sexuality*, v. 11, n. 6, 2009. p. 611-623.

GIRÃO, A. F.; LIMA, F. P. Nem azul, nem rosa: negociações e subjetividades na prostituição travesti. In: *Reunión de Antropología del Mercosur*, 8. Buenos Aires, 2009.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GUARESCHI, P. Pressupostos Psicossociais da Exclusão: competitividade e culpabilização. In: SAWAIA, B. (org.). *Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

LEITE JÚNIOR, J. Transitar para onde? Monstruosidade, (des)patologização, (in)segurança social e identidades transgêneras. *Estudos Feministas*, v. 20, n. 2, p. 559-568, 2012.

MARCHIONI, M. *Comunidad, participación y desarrollo: Teoría y metodología de la intervención comunitaria*. Madrid: Popular, 1999.

PELÚCIO, L. "Eu me cuido, mona": saúde, gênero e corporalidade entre travestis que se prostituem. *Seminário Homofobia, Identidades e...*, Florianópolis, 2007. p. 1-11,

PELÚCIO, L.; MISKOLCI, R. A prevenção do desvio: o dispositivo da AIDS e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad...*, n. 1, p. 125-157, 2009.

PERES, W. S. Biossociabilidade contemporânea e a expressão travesti. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 1, n. 1, p. 8-17, 2002.

SAWAIA, B. *Artimanhas da Exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

SCHALL, V.T.; STRUCHCHINER. Educação no contexto da epidemia de HIV/AIDS: teorias e tendências pedagógicas. In: CZERESINA, D. ET. A. (Ed.). *AIDS: Pesquisa Social e Educação*. São Paulo: Hucitec, 1995.

SILVA, R. DE C. *Metodologias Participativas para Trabalhos de Promoção de Saúde e Cidadania*. São Paulo: Vetor, 2002.

SOUZA, E. K. Quando algumas travestis esbarram na dependência química: caminhos e espaços para o tratamento. In: FAZENDO GÊNERO, 9. *Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. Florianópolis, 2010. *Anais...* Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

---

*Recebido para publicação em dezembro de 2013*

*Versão definitiva em dezembro de 2013*

*Suporte financeiro: não houve*

*Conflito de interesse: 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.cebex.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](http://www.saudeemdebate.org.br).

Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão receberá login e senha. Ao submeter o texto, todos os campos obrigatórios da página devem ser preenchidos com conteúdo idêntico ao do arquivo a ser anexado.

#### FLUXO DOS ORIGINAIS SUBMETIDOS À PUBLICAÇÃO

Todo original recebido pela secretaria do CEBES é submetido à análise prévia. Os trabalhos não selecionados nessa etapa são recusados, e os autores, informados por mensagem do sistema. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da Revista são devolvidos aos autores para adequação. Antes de se enviar aos pareceristas, encaminha-se o trabalho ao Conselho Editorial para avaliação de sua pertinência temática aos objetivos e linha editorial da Revista.

Uma vez aceitos para apreciação, os originais são encaminhados a dois membros do quadro de pareceristas da Revista, que são escolhidos de acordo com o tema do trabalho e sua expertise, priorizando-se os de estados da federação diferentes daquele dos autores. A avaliação dos trabalhos é feita pelo método duplo-

cego, isto é, os nomes dos autores permanecem em sigilo até a aprovação final do trabalho.

Caso haja divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro parecerista para desempate. Da mesma forma, o Conselho Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. O formulário para o parecer está disponível para consulta no site da Revista. Os pareceres sempre apresentarão uma das seguintes conclusões: (1) aceito para publicação; (2) aceito para publicação com 'sugestões não impeditivas'; (3) reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas; (4) recusado para publicação.

Quando a avaliação do parecerista indicar 'sugestões não impeditivas', o parecer será enviado aos autores para correção do trabalho, com prazo para retorno em até vinte dias. Ao retornar, o trabalho volta a ser avaliado pelo mesmo parecerista, que terá prazo de 15 dias, prorrogável por mais 15 dias, para emissão do parecer final. O Editor Científico possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como das alterações efetuadas.

No caso de solicitação para 'reapresentar para nova avaliação depois de efetuadas as modificações sugeridas', o trabalho deverá ser reencaminhado pelo autor em no máximo dois meses. Ao fim desse prazo, e não havendo qualquer manifestação dos autores, o trabalho será excluído do sistema.

Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da Editoria serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação via site ou e-mail. Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho.

O modelo de parecer utilizado pelo Conselho Científico está disponível em: [www.saudeemdebate.org.br](http://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](http://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](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](mailto: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 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](http://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 Reform<sup>1</sup>.
- 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](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](mailto:Revista@saudeemdebate.org.br)

**Diagramação e editoração eletrônica**

*Layout and desktop publishing*

modesign

**Imagem de capa**

*Cover image*

Debora Ferraz / APOGLBT

**Normalização**

*Normalization*

Ivanilma Gama

**Revisão de texto**

*Proofreading*

Carla de Paula (Português)

Simone Basílio (Português)

Renan Souza (Inglês)

**Impressão / Printing**

Corbã Gráfica

**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/m<sup>2</sup>

Miolo em papel kromma silk 90g/m<sup>2</sup>

*This publication was printed in Rio de Janeiro in January, 2014*

*Cover in premium card 250 g/m<sup>2</sup>*

*Core in kromma silk 90g/m<sup>2</sup>*

Fax.: (21) 2260-3782

Site: [www.cebes.com.br](http://www.cebes.com.br) • [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)

E-mail: [cebes@cebes.org.br](mailto:cebes@cebes.org.br) • [revista@saudeemdebate.org.br](mailto: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. 98; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES

CDD 362.1



**cebes**  
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

[www.cebes.com.br](http://www.cebes.com.br) | [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)